

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO

PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS
INDIVÍDUOS ATENDIDOS NA UNIDADE DE EMER
GÊNCIA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

EDNA MARIA BERNARDES

SÔNIA COAN

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO

VIIIa. UNIDADE CURRICULAR - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0090
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0090

Autor: Bernardes, Edna Ma

Título: Relatório proposta de assistênci



972517320

Ac. 240462

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

FLORIANÓPOLIS

1985

VIIIa. UNIDADE CURRICULAR

COORDENADORA DA FASE: PROFa. ROSITA SAUPE

ORIENTADORA: PROFa. ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

SUPERVISORES: ENFª ADÃO MACIEL

ENFa. LUCIA DeBIEASI

ENFa. ROSANGELA BORBA

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	01
II - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	03
III - CONCLUSÃO	18
IV - BIBLIOGRAFIA	19

ANEXO I - PROCESSO DE ENFERMAGEM SIMPLIFICADO

ANEXO II - HIPERTENSÃO

ANEXO III - HIPERTERMIA

FEBRE

ANEXO IV - CEFALÉIAS

ANEXO V - NÁUSEAS

ANEXO VI - VÔMITOS

ANEXO VII - HEMORRAGIA

I - INTRODUÇÃO

Esse relatório pretende apresentar os resultados obtidos durante o desenvolvimento do estágio realizado pelas acadêmicas de enfermagem da VIIIA. U.C., através da "Proposta de Assistência de Enfermagem aos Indivíduos Atendidos na Unidade de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos" (Projeto apresentado em setembro de 1985).

Para realização deste estágio desenvolvemos os objetivos gerais e específicos através do Plano de Ação contido no Projeto apresentado:

Durante o desenvolvimento desse estágio alguns dos objetivos foram gradativamente alcançados sendo que outros, com o decorrer do mesmo, tiveram que sofrer pequenas modificações.

Em anexo nesse relatório há estudos de "Sinais e Sintomas" mais comuns ocorridos na Emergência bem como a elaboração de um artigo sobre "hipertemia",

Consta ainda nesse relatório uma classificação percentual da real necessidade da demanda de atendimento ocorridos na Unidade de Emergência do H.G.C.R.

Através da colaboração da professora orientadora e supervisores de campo, bem como de funcionários da Emergência conse

guimos realizar este estágio e cumprir, dentro do prazo propos
to, a maioria dos objetivos traçados.

II - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Objetivo nº 01

Participação das atividades da Unidade de Emergência do H.G.C.R., sob forma de rodizio, a todos os setores da mesma, para convívio com sua sistemática de funcionamento.

1a. Etapa:

Esse objetivo foi alcançado pois ao término da 1a. semana de estágio havíamos percorrido todos os setores da Emergência e realizamos observações, auxílios, registros das atividades ali existentes, bem como efetuamos o acompanhamento dos clientes no seu transcurso de atendimento.

2a. Etapa:

Parecer do grupo quanto a validade desta participação:

O fato de participar das atividades dos setores de Emergência, permanecendo um dia em cada setor (recepção, consultórios, salas de cirurgia, posto de enfermagem do repouso, salas de repouso) e ainda o acompanhamento dos clientes no seu trans

curso de atendimentos nos deu uma visão ampla e verdadeira do funcionamento da Unidade de Emergência do H.G.C.R."

Essa noção global nos facilitou o desenvolvimento dos objetivos seguintes ampliou o entrosamento com os funcionários e nos permitiu sanar dúvidas quanto ao real funcionamento desta Unidade de Emergência.

Objetivo nº 2

Prestar assistência de enfermagem IMEDIATA aos clientes que chegaram na Emergência desenvolvendo destreza, habilidade técnica e conhecimento técnico-científico.

1a. Etapa:

Esse objetivo deveria ser desenvolvido da 2a. até a 7a. semana de estágio. E, é importante afirmar que na 1a. semana de desenvolvimento do mesmo encontramos um pouco de dificuldade quanto ao fato de prestar uma Assistência Imediata, pois, a demanda de casos é assustadora e houve necessidade de alguns dias para nos adaptarmos ao "ritmo da Emergência", bem como houve necessidade de rever teorias sobre Primeiros Socorros.

Já, na semana seguinte, o desenvolvimento desse objetivo se deu de forma mais tranquila e segura e prestamos Assistência Imediata durante as 6 semanas (da 2a. a 7a. semana) somando um total de 68 clientes bem como realizado todos os registros de acordo com Anexo I, desenvolvendo assim, a qualidade no atendimento, destreza, habilidade técnica e conhecimento teórico-científico. Esta assistência imediata constou de:

- Recepção do cliente

- Identificação Problemas
- Levantamento queixas
- Assistência Imediata necessária (FAOSE)
- Realização de Registros de acordo com Anexo I (Projeto).

Os quadros abaixo distribuem o total de 68 atendimentos durante o período da 2a. a 7a. semana.

2a. Semana de Estágio

Total de Atendimentos 08 casos

Queixas: A —	Envolvendo aparelho circulatório	02 casos
Queixas: B —	Envolvendo aparelho digestivo	06 casos

3a. Semana de Estágio

Total de Atendimentos 10 casos

Queixas: A —	Aparelho circulatório	04 casos
Queixas: B —	Aparelho digestivo	05 casos
Queixas: C —	Traumatismo (Lesões de pele)	01 caso

4a. Semana de Estágio

Total de atendimentos 14 casos

Queixas: A —	Algias (mais comum: cefaléia)	08 casos
Queixas: B —	Aparelho digestivo (mais comuns: náuseas/vômitos	06 casos

5a. Semana de Estágio

Total de Atendimentos 12 casos

Queixas: A —	Traumatismos	
	Corporal com Hemorragias	08 casos
Queixas: B —	Aparelho Digestivo	01 caso
Queixas: C —	Aparelho Circulatório	03 casos

6a. Semana de Estágio

Total de Atendimentos 13 casos

Queixas: A —	Aparelho Circulatório	09 casos
Queixas: B —	Algias	04 casos

7a. Semana de Estágio

Total de Atendimentos 10 casos

Queixas: A —	Aparelho Digestivo	07 casos
Queixas: B —	Traumatismos corporais com hemorra gias	03 casos

Resultados obtidos durante o desenvolvimento do objeti
vo nº 02 e aplicação do Anexo I (Análise das tabelas acima).

Sinais e Sintomas mais comuns

1º - Aparelho Digestivo Total: 25 casos

Sinais e Sintomas mais comuns:

A - Náuseas

B - Vômitos

C - Distensão abdominal

D - Dor em região abdominal-

2º - Aparelho Circulatório Total: 18 casos

Sinais e sintomas mais comuns:

A - Alteração da Pressão Arterial (hipertensão mais comum)

B - Edemas de MMIis

3º - Traumatismos Corporais com Hemorragias .. Total: 11 casos

Sinais e/ou Sintomas mais comuns:

A - Hemorragias

B - Escoriações

C - Fraturas

D - Fraturas expostas

4º - Algias Total: 12 casos

Sinais e/ou sintomais mais comuns

A - Cefaléia

5º . Traumatismos sem Hemorragias Total: 01 caso

Sinal e/ou sintoma mais comum:

A - Escoriação.

IMPORTANTE .

Em todos os casos atendidos através da Assistência Ime-
diata (Da 2a. a 7a. semana) foi constatado também a presença

de HIPERTEMIA em torno de pelo menos 40% dos casos atendidos.

2a. Etapa

Parecer do grupo quanto o desenvolvimento desse objetivo e aproveitamento do mesmo:

Acreditamos acima de tudo que o desenvolvimento desse objetivo nos conduziu a conscientização de que para se prestar uma boa assistência de Enfermagem IMEDIATA é preciso muito conhecimento e poder de atuação rápido, eficiente e principalmente integração da Equipe de Enfermagem.

Objetivo nº 3

Levantamento dos casos atendidos conforme roteiro em Anexo II (Projeto), para constatar e dar parecer crítico sobre a real necessidade do atendimento da demanda.

1a. Etapa:

Esse objetivo foi alcançado ao término da 7a. semana, pois no transcorrer de 6 semanas (2a. a 7a. semana) havíamos aplicado o roteiro contido no Anexo II (Projeto) a um total de 513 clientes objetivando levantamento de informações para a constatação da real necessidade de atendimento da demanda.

A compilação das informações levantadas, a seleção dos casos atendidos (EMERGÊNCIA-URGENCIA-OUTROS), bem como o levantamento percentual, estão nos quadros a seguir: pela soma total.

Somatória dos Casos Atendidos/Roteiro Anexo II

Objetivo nº 03

Data: da 2a. a 7a. semana

2a. Semana	2a. F.	3a. F.	4a. F.	5a. F.	6a. F.	Total
nº casos	10	12	09	18	22	71
3a. Semana						
nº casos	20	12	10	15	18	75
4a. Semana						
nº casos	22	20	00	01	03	46
----- Greve no H.G.C.R.						

OBS: A partir da 5a. semana de estágio mudamos o horário de es
tágio. Este não será realizado das 18 horas às 22 horas
e sim das 16 horas às 20 horas conforme acerto com orien
tadora.

5a. Semana						
nº casos	20	20	30	24	25	121
6a. Semana	25	18	17	16	*	76
nº casos						
7a. Semana						
nº casos	27	22	18	26	31	124
						Total 513 casos

* - Falta das alunas justificada aos supervisores e professora orientadora.

Classificação dos Casos Atendidos

Emergência/Urgência/Outros (Anexo II-Projeto)

2a. Semana

Total de Atendimentos 71 casos

Onde classificamos:

. Emergência	03 casos	....	4,22 %
. Urgência	28 casos	....	39,44 %
. Outros	40 casos	....	56,34 %
	TOTAL		100 %

3a. Semana

Total de Atendimentos			75 casos
. Emergência	04 casos	....	5,33%
. Urgência	18 casos	....	24,00%
. Outros	53 casos	....	70,67%
	TOTAL		100%

4a. Semana

Total de atendimentos			45 casos
. Emergência	05 casos	....	10,87%
. Urgência	10 casos	....	21,74%
. Outros	31 casos	....	67,39%
	TOTAL		100%

5a. Semana

Total de Atendimentos		121 casos
. Emergência	06 casos	4,96
. Urgência	15 casos	12,40
. Outros	100 casos	82,64%
	TOTAL	100%

6a. Semana

Total de Atendimentos		76 casos
. Emergência	03 casos	3,95%
. Urgência	20 casos	26,31%
. Outros	53 casos	69,74%
	TOTAL	100%

7a. Semana

Total de Atendimentos		124 casos
. Emergência	05 casos	4,03%
. Urgência	24 casos	19,36%
. Outros	95 casos	76,61%
	TOTAL	100%

Total Geral dos Casos Atendidos

Quanto:

A - Emergência

B - Urgência

C - Outros

A - Emergência	-	26 casos atendidos	5,07%
B - Urgência	-	115 casos atendidos	22,42%
C - Outros	-	372 casos atendidos	72,51%
TOTAL	-	513 casos atendidos	100%

Comentários sobre os dados obtidos

Observamos através dos resultados obtidos que no Setor de Emergência do H.G.C.R. grande demanda de atendimentos está voltada para casos que não se classificam como Emergência ou Urgência (mais de 60% dos casos) ou seja:

- Consultas de rotina como:

A. Clientes com problemas de hipertensão crônica.

B. Diabéticos crônicos.

C. Asmáticos crônicos.

D. Cardiopatas crônicos em consultas de rotina.

E. Retorno de curativos.

F. Algas crônicas em consultas repetidas.

G. Retorno de clientes para avaliação do quadro.

H. Encaminhamentos de outros hospitais (hospitais do interior principalmente) de clientes oncológicos (quimioterapia), ci

rúrgicos aguardando vaga para internação no "Repouso" da Emergência.

I. Tratamento de alergias em Emergência, etc.

Constatamos as seguintes causas responsáveis por isso:

- A. Facilitação do horário de atendimento da Unidade de Emergência (se estende nas 24 horas).
- B. Fuga das filas de espera dos ambulatórios.
- C. Consultas marcadas com grande antecedência (INAMPS).
- D. Comodismo do cliente, mães que aguardam o marido chegar em casa para que possam deixar seus filhos com eles e assim poder realizar suas consultas sem maiores contra-tempos.
- E. Ausência de triagem, para seleção dos clientes, etc.

Objetivo nº 4

Prestar assistência de enfermagem diária a 8 (oito) clientes internados no "Repouso" segundo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas - processo de enfermagem de Wanda A. Horta, simplificado (modelo em Anexo III-Projeto).

1a. Etapa:

Esse objetivo foi alcançado no transcorrer da 8a. até a 10a. semana onde aplicamos o processo de enfermagem de HORTA (simplificado) aos clientes previstos.

Além do Histórico de Enfermagem, fizemos o levantamento de problemas, sua relação com as Necessidades Humanas Básicas, bem como prescrição diária de enfermagem e execução das prescrições no período de estágio.

2a. Etapa:Parecer do Grupo quanto ao desempenho e aprendizagem

Encontramos algumas dificuldades para realizar esse objetivo devido ao grande tumulto existente na Unidade de Emergência, além das reduzidas anotações contidas nos prontuários e ausência (parcial ou total) de identificações completas dos respectivos clientes.

Portanto para obtenção dos dados sobre o cliente necessitamos de entrevistas prolongadas e mesmo assim o ambiente no "Repouso da Emergência" não oferece condições apropriadas para realização dos Históricos (aglomerado de clientes) onde muitas vezes o cliente se sente inibido em relatar certos dados.

Contudo, mesmo com muitas barreiras conseguimos realizar o objetivo no tempo previsto e atingimos um índice maior de clientes do que o previsto.

Quanto a aprendizagem achamos que com esse objetivo conseguimos progredir bastante, pois fizemos revisão de vários assuntos devido a multiplicidade de clientes atendidos e rotatividade de patologias apresentadas.

Objetivo nº 05

Estudos dos "Sinais e Sintomas" mais comuns, dos casos ocorridos na Emergência do H.G.C.R., aprimorando um dos Sinais e Sintomas sob forma de "artigo".

1a. Etapa:

Da 2a. a 6a. semana realizamos o levantamento dos "Si

nais e Sintomas" mais comuns (estão contidos na avaliação do Objetivo 02/Análise dos resultados do Anexo II - Projeto).

Dos Sinais e Sintomas mais comuns ocorridos na Emergência H.G.C.R. escolhemos os seguintes para estudo:

- A - Hipertensão (Anexo II)
- B - Hipertemia (Anexo III)
- C - Cefaléia (Anexo IV)
- D - Náuseas (Anexo V)
- E - Vômitos (Anexo VI)
- F - Hemorragia (Anexo VII).

No estudo da Hipertensão abordamos os seguintes itens:

- Incidência e significado.
- Fisiopatologia.
- Conceito.
- Sinais e sintomas.
- Diagnóstico.
- Medidas físicas e psicoterapêuticas.
- Observações de Enfermagem.
- Assistência de Enfermagem a clientes com Hipertensão.

Para Hipertemia abordamos os seguintes itens:

- Introdução.
- Conceito.
- Diferenças Febre X hipertensão.
- Patogenese.
- Diagnóstico.
- Tratamento.
- Assistência de Enfermagem a clientes com Hipertemia.

Ainda para FEBRE:

- Conceito.
- Causas.

Quanto ao estudo da Cefaléia:

- Aspectos Neurológicos.
- Classificação das cefaléias.
- Guia para a atuação de Enfermagem com relação cliente com dor.

Quanto ao estudo de Náuseas/Vômitos:

- Introdução.
- Conceitos.
- Fisiopatologia.
- Assistência de Enfermagem à clientes com náuseas e vômitos.

Para estudo de Hemorragia abordamos os seguintes itens:

- Introdução.
- Conceito.
- Fisiopatologia.
- Consequências.
- Sinais e Sintomas.
- Controle da Hemorragia.
- Princípios do controle da Hemorragia.
- Assistência de Enfermagem à clientes com Hemorragia.

O desenvolvimento desses itens, bem como a fonte bibliográfica encontram-se em anexo no relatório.

2a. Etapa:

Parecer do grupo sobre a aprendizagem obtida nesses estudos.

Apesar do difícil acesso a fonte bibliográfica conseguimos realizar os estudos de Sinais e Sintomas no tempo previsto.

Eles nos serviram para ampliar nossa visão sobre um ângulo diferente: sinais e sintomas, e não apenas nos direcionar para patologias.

Esses estudos nos facilitou na aplicação da assistência, sanou as várias dúvidas existentes e as novas que surgiram no transcorrer do estágio.

OBS: Quanto a elaboração do "artigo" o "sinal ou sintoma" escolhido foi Hipertemia.

Esse artigo está contido em anexo no relatório bem como o parecer crítico sobre a qualidade do mesmo.

III - CONCLUSÃO

Através da metodologia adotada e dados obtidos pudemos observar principalmente o fluxo de atendimento da Unidade de Emergência do H.G.C.R., seu funcionamento e classificar os tipos de atendimentos.

Os resultados obtidos nos serviu para constatar e analisar várias situações ali ocorridas como por exemplo, o fato de grande importância que novamente voltamos a salientar: dos 513 casos atendidos (2a. à 7a. semana) o número de clientes classificados não dentro de emergência ou urgência e sim outros é alarmante. Constatamos 375 casos equivalendo a 72,51% do total.

Sabemos que mesmo em relação ao número de atendimentos diários ocorridos na Unidade de Emergência do H.G.C.R. essa amostra é relativamente pequena porém bastante significativa.

Acreditamos que o estágio na Emergência ampliou bastante na nossa observação e principalmente reforçou os nossos conhecimentos.

Estamos felizes por termos concluído esse trabalho e em especial por poder apresentar os resultados.

IV - BIBLIOGRAFIA

01. MARCONDES, E. Pediatria básica. 6a, ed., São Paulo, Sarvier, 1978.
02. LLORENS, J. e colaboradores. Pediatria para enfermagem. Barcel, Jenis, 1972.
03. WRIGHT, S. Fisiologia aplicada. Ed. Atheneu, São Paulo, 1967.
04. DUGAS. Enfermagem prática. 3a. ed., Interamericana, Rio de Janeiro, 1978.
05. VANZIN, S.A. e colaboradores. Assistência de enfermagem na saúde do adulto. Ed. da Universidade, UFRGS, 1982.
06. CECIL. Tratado de medicina interna. 16a. ed., ed. Interamericana. Rio de Janeiro, Vol. 2, 1984.
07. BRUNNER, S. Prática de enfermagem. 2a. ed., Ed. Interamericana, Rio de Janeiro, Vol. 2.
08. BEST, H.C. As bases fisiológicas da prática médica. 3a. ed., Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1964.
09. BRUNNER, S. Enfermagem médico-cirúrgica. 3a. ed., Ed. Interamericana, Rio de Janeiro, 1977.

10. FUERST, E. Fundamentos de enfermagem. 5a. ed., Ed. In-
teramericana, Rio de Janeiro, 1977.

ANEXO I

PROCESSO DE ENFERMAGEM SIMPLIFICADO (SEGUNDO HORTA)

"ENFISEMA PULMONAR"

Conceito: Doença destrutiva crônica caracterizada por alvéolos distendidos devido obstrução brônquica crônica.

Fisiopatologia: obstrução das vias aéreas do pulmão - tamponamento mucoso. Perda da elasticidade do pulmão. Dilatação das passagens aéreas e alvéolos, fusão dos alvéolos.

Sintomas:

- "Tosse de Fumante".
- Dispneia de Esforço
- Fadiga
- Inflamação e Infecções devido ao acúmulo de secreções (hipertermia). O pulmão do enfisematoso NÃO se contrai na expiração e os bronquíolos NÃO esvaziam as secreções.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM.

I. Identificação:

C.J.R., 67 anos, branca, católica, casada, aposentada.

Endereço: Rua Geral, s/n (Base Aérea).

Bairro: Tapera (Florianópolis-SC).

Data da Internação: 20.11.85.

Local: Emergência (Repouso).

Quarto: 3-2-

Diagnóstico Médico: Enfisema Pulmonar.

II. Percepções e Expectativas:

Informa dor na Região Mamária Lado Esquerdo, região lombar E e D, crises asmáticas com cefaléia, dispnéia de esforço, sibilos, astenia, anorexia, tosse sem expectoração, constipação, disúria e dor na Região Abdominal (baixo ventre).

Refere não aceitar a nebulização porque diz que "acelera o coração".

Preocupa-se com os filhos e com a doença pois possui essa patologia há mais ou menos 15 anos.

Relata ter problemas cardíacos e já fez tratamento há uns dois anos. Durante a noite acorda constantemente devido a palpitações.

Atribui sua doença ao fato de ter adquirido um resfriado crônico quando trabalhava em Curitiba.

Quanto ao tempo de hospitalização: refere estar acostumada com o tratamento dessas crises e afirma ficar hospitalizada mais ou menos uns 12 dias.

III. Necessidades Básicas:

Sono e Repouso: devido as crises, não dorme bem no hospital, as vezes faz uso de tranquilizantes. Em casa sempre possui um sono muito agitado.

Usa dois travesseiros e dorme em semi-Fowler constantemente.

Alimentação: não gosta de frutas. Sua alimentação em casa já é hipossódica.

Apresenta anorexia no hospital e em casa também.

Hidratação: Ingere em média mais ou menos um litro de H₂O.

Eliminação Urinária: Disúria.

Eliminação Intestinal: apresenta constipação, há uns dias.

Menstruação: Cliente possui 67 anos e aos 45 anos ocorreu a menopausa.

Recreação: rádio-televisão.

IV. Hábitos de Saúde:

Consulta periodicamente o médico devido as crises intensas.

Não vai ao dentista porque só consegue restaurar os dentes em presença de anestesia e esta leva a "problemas cardícos", costuma desmaiar (SIC).

Na arcada superior possui prótese dentária, na inferior possui dentes naturais.

Não lembra as vacinas que tomou.

V. Exame físico:

Cliente dispneica, um pouco ansiosa, locomove-se com dificuldade (Dispneia de esforço).

Peso = 55 Kg. (+)

Altura = 1m e 56 cm.

Sinais vitais:

T = 38°C PA = 130/90 mmHg

P = 80 bat/min.

Cabeça: couro cabeludo sem sujidades.

Face: s.p.

Cavidade Bucal: dentes sépticos, com regular sujidades.

Pescoço: sem presença de nódulos.

MMSS(s): mãos sem sujidades, unhas bem cortadas e bastante limpas.

Braço/antebraço: rede venosa nada visível (totalmente profundas). Presença de equimoses MMSS D.

Musculatura: entrófica.

MMII = Pés = unhas bem cortadas e bem limpar, pernas e coxas s.p.

Tronco anterior: Tórax: S.P.

Abdomen: distendido (constipação).

Tronco posterior: S.P.

VI. Dados Adicionais:

Medicação em uso:

Aerolin 2 mg - V.O.

Ivodeto 15 cc

Parenzime A - 2 drágeas

Bactrin - 1 comp. V.O.

VII. Impressões da Enfermagem

Cliente apresenta um aspecto bastante deficiente caracterizado por palidez, cansaço. Cliente bastante acessível, lúcida, porém muito preocupada com os filhos e com a doença.

Listagem dos Problemas

- A = 2 - Dor na região mamária L.E.;
- A = 3 - Dor na região lombar L.E. e D.;
- A = 4 - Crises asmáticas;
- A = 5 - Cefaléia;
- A = 6 - Dispnéia de esforço;
- A = 7 - Sibilos;
- A = 8 - Astenia;
- A = 9 - Anorexia;
- A = 10 - Tosse sem expectoração;
- A = 11 - Constipação;
- A = 12 - Disúria;
- A = 13 - Dor região baixo ventre;
- O = 14 - Não aceita nebulização;
- O = 15 - Preocupa-se com sua patologia;
- A-O = 16 - Insuficiência Cardíaca.
- A = 17 - Palpitações;
- A-O = 18 - Sono intranquilo;

- O = 19 - História de resfriado crônico;
- A-O = 20 - Faz uso de tranquilizantes;
- O = 21 - Não gosta de frutas;
- O = 22 - Não lembra as vacinas que tomou
- A-O = 23 - Dentes sépticos com regulas sujidade;
- A- = 24 - Rede venosa nada visível;
- A- = 25 - Esquimoses;
- A- = 26 - Abdomen destendido;
- A-O = 27 - Palidez;
- A = 28 - Cansaço.

PLANO DE CUIDADOS

DATA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLANO DE CUIDADOS
20.11.85	<p>= 2 Dor na Região mamária L.E.</p> <p>= 3 Dor na Região Lombar L.E. e D.</p> <p>= 4 Crises Asmáticas</p> <p>= 5 Cefaléia</p> <p>= 6 Dispneia de Esforço</p> <p>= 7 Sibilos</p> <p>= 8 Astenia</p> <p>= 9 Anorexia</p> <p>= 10 Tosse sem Expectorção</p> <p>= 11 Constipação</p> <p>= 12 Disúria</p> <p>= 13 Dor na Região B. Ventre</p>	<p>= 2,3,13 - Administrar medicação C.P.M. e verificar efeitos colaterais como: . Manifestações alérgicas. . Distúrbios gastrointestinais. Parenzyme A . Absorção mais rápida das suturas de origem animal. - Observar intensidade e tipo de dor e anotar no prontuário - Proporcionar posição confortável para o cliente visando alívio da dor.</p>

DATA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLANO DE CUIDADOS
20.11.85	<p>= 14 - Não aceita Nebulização</p> <p>= 15 - Preocupa-se com sua patologia.</p> <p>= 16 - Insuficiência cardíaca.</p> <p>= 17 - Palpitações.</p> <p>= 18 - Sono intranquilo.</p> <p>= 19 - História de resfriado crônico.</p> <p>= 20 - Faz uso de tranquilizantes.</p> <p>= 21 - Não gosta de frutas.</p> <p>= 22 - Não lembra as vacinas que tomou.</p> <p>= 23 - Dentes sépticos com regular sujidade.</p> <p>= 24 - Rede venosa nada visível.</p> <p>= 25 - Equimoses.</p> <p>= 26 - Abdomen distendido.</p> <p>= 27 - Palidez.</p> <p>= 28 - Cansaço.</p>	<p>= 4,5,6,7,8,27,28:</p> <p>- Observar efeitos colaterais da medicação como:</p> <p>Efeitos secundários:</p> <ul style="list-style-type: none"> . ligeiro tremor da musculatura esque - Aerolin lética (mãos principalmente) . Vasodilatação periférica. . Hipersensibilidade aos iodetos. - Iodeto . Insuficiência renal e hepática. Potássio . Na tuberculose. <p>- Compressas frias na região frontal.</p> <p>- Posicionar o cliente adequadamente para facilitar a respiração.</p> <p>- Controlar sinais vitais, principalmente F.R.</p> <p>- Anotar anormalidades.</p> <p>- Verificar sinais de anemia.</p> <p>- Deambular passivamente com cliente.</p> <p>= 9</p> <p>- Verificar causas e anotar no prontuário.</p> <p>- Verificar gostos e aversões.</p> <p>- Proporcionar ambiente adequado para alimentação.</p> <p>= 10</p> <p>- Exercícios de tosse.</p>

DATA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLANO DE CUIDADOS
		<ul style="list-style-type: none"> - Tapotagem (drenagem postural). - Massagem percussão. = 11, 26 - Exercícios no leito. - Massagem região abdominal. = 15, 18, 20, 21. - Esclarecer sobre sua patologia. - Sanar dúvidas. - Esclarecer sobre as consequências de um sono intranquilo. - Estimular recreações diariamente. - Descobrir causas da intranquilidade. - Orientar sobre o uso de tranquilizantes. - Orientar sobre a necessidade das vitaminas contidas nas frutas. = 22 - Orientar cliente para que se afaste dos surtos e epidemias, já que não lembra as vacinas que tomou. = 23 - Estimular higiene oral. - Orientar sobre a necessidade desta. - Auxiliar H.O. S/N.

DATA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLANO DE CUIDADOS
		<p>= 24, 25:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cuidados na aplicação E.V.- Massagens para visualizar a veia.- Compressas quentes na equimose.

PLANO DE CUIDADOS

NOME CLIENTE: C.J.R. IDADE: 67 anos DIAGNÓSTICO: Enfisema Pulmonar
 LOCAL: Emergência (Repouso) HOSPITAL: Hospital Governador Celso Ramos

DATA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLANO DE CUIDADOS
21.11.85	<ul style="list-style-type: none"> - Dor na região mamária L.E. - Dor na região lombar L.E. e D. - Dor na Região Baixo Ventre <ul style="list-style-type: none"> - Crises asmáticas. - Dispnéia de esforço. - Sibilos <ul style="list-style-type: none"> - Tosse sem espectoração - Não aceita nebulização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar medicação C.P.M. e verificar efeitos colaterais. . Manifestações alérgicas. . Distúrbios gastrointestinais. Parenzi . Absorção mais rápida das suturas me A. de origem animal. - Observar intensidade e tipo de dor e anotar no prontuário. - Proporcionar posição confortável para cliente visando o alívio da dor. - Observar frequência das crises. - Posicionar o paciente adequadamente para facilitar a respiração. - Controlar sinais vitais principalmente FR. - Observar e anotar anormalidades como por exemplo, efeitos colaterais: <p>Efeitos secundários</p> <ul style="list-style-type: none"> . Ligeiro tremor da musculatura esquelética (mãos principalmente). . Vasodilatação periférica. <p>AEROLIM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de tosse de 2/2 horas. - Tapotagem (drenagem postural). - Massagem de percussão. - Orientar sobre a importância da nebulização. - Verificar causas da não aceitação. - Controlar sinais vitais principalmente "T" (acúmulo de secreções leva ao processo infeccioso ou inflamatório do pulmão). <p>OBS: Em caso de hipertermia:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Expor a pele ao ar, deixando o cliente vesti

DATA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLANO DE CUIDADOS
	<ul style="list-style-type: none"> - Constipação - Preocupa-se com sua patologia. - Não lembra as vacinas que tomou. - Não gosta de frutas. 	<p>do com roupas leves.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Banhos de esponja com água mornar (a temperatura é reduzida pela evaporação da água). . Manter boa hidratação. <ul style="list-style-type: none"> - Oferecer dieta rica em resíduos (fibras). - Exercícios no leito. - Massagens na região abdominal. - Esclarecer sobre sua patologia (sanar dúvidas). - Orientar para que o cliente se afaste de surtos e epidemias, já que não lembra as vacinas que tomou. - Orientar sobre a importância das vitaminas que contém nas frutas.

Evolução de Enfermagem

- O - Cliente apresenta dor na região mamária L.E. Dor na região lombar L.E. e D. e dor na região baixo ventre.
Cliente apresenta dispnéia e tosse sem expectoração.
Cliente não aceita nebulização e apresenta abdomen distendido devido a constipação.
- S - Cliente intranquilo, refere preocupar-se muito com sua patologia.
- C - Foi verificado que o cliente passou por duas crises asmáticas com sibilos e demasiadamente dispnéia.
Cliente foi informada sobre sua patologia e feito exercícios de tosse. Drenagem postural + tapotagem.
Feito massagem abdominal, orientação sobre as vacinas, e importância das vitaminas contidas nas frutas.

PLANO DE CUIDADOS

NOME CLIENTE: C.J.R. DIAGNÓSTICO: Enfisema Pulmonar LOCAL: Emergência (Repouso) H.G.C.R.

DATA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLANO DE CUIDADOS
22.11.85	<ul style="list-style-type: none"> - Dor na região mamária L.E. - Dor na região lombar L.E. e D. - Cefaléia - Palidez/Cansaço - Anorexia - Constipação - Dispnéia - Dentes sépticos com regular sujidade. - Equimoses - Rede Venosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar medicação C.P.M. e verificar efeitos colaterais (idem plano de cuidados dia anterior - 21.11.85). - Observar intensidade, tipo de dor e anotar no prontuário. - Proporcionar posição confortável para o cliente visando alívio da dor. - Verificar causas. - Compressar frias na região frontal. - Verificar sinais de anemia. - Verificar causas - Verificar gostos e aversões. - Massagens na região abdominal - Posicionar o cliente numa posição que facilite respiração. - Ambiente arejado, ventilado. - Exercícios respiratórios. - Controle S.V., principalmente F.R. - Anotar anormalidades. - Posicionar o cliente em semi-FOWLER. - Estimular higiene oral. - Orientar sobre a necessidade desta. - Auxiliar na higiene oral. - Compressas quentes no local da mesma. - Cuidar na administração E.V. - Sussagens para visualizar veia.

Evolução de Enfermagem

- S - Cliente refere cefaléia intermitente e constipação. Refere dor na região mamária L.E. e região lombar L.D. e E.
- O - Cliente apresenta anorexia, dispnéia, equimoses MMss D. e dentes sépticos.
Apresenta-se bastante pálida e cansada.
- C - Verificado que a dor é do tipo intermitente e bastante in tensa.
Feito compressas frias na região frontal e equimoses MMs D (compressas quentes).
Feito exercícios respiratórios e estimulado higiene.
Constatado maior expectoração e ausência de hipertermia.

PERITONITE SÉPTICA

Na mulher adulta, a peritonite séptica de origem genital tem, pelo menos, tanta importância quanto a peritonite apendicular, sua significação prática é, por conseguinte, considerável.

Patogênia:

Infecção do peritônio pode efetuar-se: Pela via intra-canalicular: maioria dos casos, este tipo de peritonite é consecutiva a uma endossolpingite purulenta estreptocócica.

Via linfática: é constituída devido infecção estreptocócica pura ou de grande virulência.

Via venosa: consecutiva a uma trombose aguda supurada do útero ou do paramétrio. Muito rara.

Peritonite pós-operatória: devida, na grande maioria dos casos, a abertura durante o ato operatório de uma coleção séptica - peritoneal; é favorecida pela má técnica cirúrgica / falta de proteção do campo, manuseio, má hemostasia, peritonização defeituosa, drenagem insuficiente, etc ...).

Sintomas

- Dor espontânea: parte do abdômem, epigástrico ou hipocôndrios. Dor intensa em forma de pontadas ou de cólicas.

- Dor a palpação.

- Sintomas gastro-intestinais:

Vômitos alimentar (mucosa ou biliar)

Constipação/diarréia

- Sintomas urinários:

Dor a micção

Retenção urinária

Taquicardia progressiva

Hipotensão arterial

Palidez

Dispnéia

Sequidão lingual

Hipertermia - 38 a 39,5°C

- Sintomas tardios:
 - Paralisia intestinal
 - Vômitos repetidos
 - Lingua seca
 - Agitação
 - Hipotermia.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO: O.M.F., 25 anos, casada, branca, católica. Primário incompleto. Internou-se pelo INAMPS no dia 20.11.85, às 14 horas.

Endereço: Rua Santa Clara, S/N

Bairro: Barreiros - São José - SC.

Diagnóstico Médico - "Peritonite".

II - PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS: Cliente informa cefaléia intermitente, dor na região lombar e supra púbica. Relata ter menstruação irregular e possui "corrimento vaginal de cor amarelada", geralmente bastante fétido.

Atribui a sua doença a curetagem que se submeteu a um ano e seis meses (gravidez de 1 mês e 3 dias). Afirma que na época da cirúrgia seu útero estava bastante infeccionado e foi preciso retirar uma trompa e um ovário.

Relata ser uma pessoa inquieta e preocupa-se com sua doença e as dores e se incomoda com a dispnéia.

Quanto ao tempo de hospitalização - ainda não pode afirmar a data da alta.

III - NECESSIDADES BÁSICAS:

Sono e repouso: no início, quando chegou a Emergência dormia sob efeito de tranquilizantes. Atualmente não faz uso desse tipo de medicamento.

Dorme em média 8 horas, mas durante a noite acorda em intervalos constantes (inquietação). Faz uso de um travesseiro para dormir.

Alimentação: Em casa é variada. Porém refere não gostar

muito da refeição das 12 horas. Prefere lanches, café em horários variados.

Hidratação: Ingere regular quantidade de água.

Eliminação Urinária: normal, S/P.

Menstruação: Não sabe informar o ciclo correto. Afirma irregularidades e duração de mais ou menos 4 dias.

Eliminação Intestinal: Em casa s/p, e no hospital está apresentando constipação.

Habitação: Mora numa casa de madeira, 3 quartos. A casa é bastante ventilada. Possui rede de esgoto e rede de água.

O lixo é coletado num lixeiro e queimado posteriormente.

Recreação: TV, revistas, crochê, tricô.

IV - HÁBITOS DE SAÚDE: Faz consulta ao médico apenas quando necessário. Apresenta dentes sépticos com sujidades e vai ao dentista com pouca frequência.

Vacinas - Não lembra de ter tomado.

Nega tabagismo. Alcoolismo com regular frequência.

V - EXAME FÍSICO: Apresenta um certo cansaço, palidez, um pouco ansiosa, lúcida.

Peso: 50 Kg

Altura: 1,62 m.

Sinais vitais: PA = 130/60 mmHg - T = 39°C - FC = 76 bpm

FR = 22 mpn.

Cabeça: couro cabeludo sem sujidades,

Face: s/P.

Cavidade bucal: dentes sépticos, com sujidades.

Pescoço: sem presença de nódulos.

MMSS: Mãos sem sujidades, unhas crescidas e sépticas.

Braço e antebraço: rede venosa com regular visibilidade.

MMII - Pés com unhas crescidas, com regular sujidades, pernas e coxas sem problemas.

Tronco anterior: torãx s/p, abdômem com presença da cicatriz da cesariana. Presença de grande quantidade de secreção vaginal de cor amarelada e odor fétido.

Tronco posterior: s/p.

VII - IMPRESSÃO DO ENTREVISTADOR

Cliente bastante acessível. Nota-se a sua preocupação com relação a doença, que para ela, não está bem esclarecida. Apresenta-se um tanto pálida.

Listagem de Problemas

- A- = 2 - Cefaléia intermitente - A
- A- = 3 - Dor região lombar e supra púbica - A
- O- = 4 - Menstruação irregular - O
- O- = 5 - Secreção vaginal amarelada - fétida - O
- O- = 6 - Infecção uterina -
- A- = 7 - Inquietude -
- A-O = 8 - Preocupação com a doença e dores -
- A-O = 9 - Acorda com intervalos constantes durante a noite.
- O- = 10 - Não gosta de almoçar prefere lanches.
- O- = 11 - Não sabe informar o ciclo menstrual corretamente.
- O- = 12 - Consulta ao médico apenas quando necessário.
- O- = 13 - Vai ao dentista com pouca frequência.
- O- = 14 - Dentes sépticos com sujidades.
- O- = 15 - Etilismo (com regular frequência).
- A- = 16 - Astenia
- A-O = 17 - Dispnéia (cliente se incomoda com esta).
- O = 18 - Constipação
- O- = 19 - Palidez
- O- = 20 - Dor a palpação.

Atuação de Enfermagem

DATA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLANO DE CUIDADOS
21.11.85	=2- cefaléia intermitente =3- dor na região lombar e supra púbica.	= 3 = 22 - Orientar a paciente quando a dor da região lombar e supra púbica

DATA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLANO DE CUIDADOS
	=4- Menstruação irregular =5- Secreção vaginal amarelada e fétida. =6- Infecção uterina. =7- Inquietude. =8- Preocupação com a doença e dores. =9- Acorda em intervalos constantes durante a noite. =10- Não gosta de almoçar, prefere lanches. =11- Não sabe informar o ciclo menstrual corretamente. =12- Consulta o médico apenas quando necessário. =13- Vai ao dentista com pouca frequência. =14- Dentes sépticos com sujidades. =15- Etilismo (com regular frequência). =16- Astenia. =17- Dispnéia (cliente se incomoda com esta). =18- Constipação. =19- Palidez. =20- Dor a palpação.	relacionando com sua patologia. - Explicar a cliente que a dor a palpação é uma consequência normal da sua patologia. - Verificar o tipo de dor e intensidade. - Verificar se a dor supra púbica se propaga para o (hipogástrico) epigástrico. - Verificar efeitos colaterais da medicação: diarreia, náuseas, cólicas abdominais (frademinicina) e erupções cutâneas, além de náuseas e vômitos devido administração de Espectrin D. - Observar na administração de Espectrin D em clientes com antecedentes de sensibilidade à sulfonamidas. = 4 = 11 = 12 = 14 = 8 - Orientar sobre a importância do controle da menstruação. - Orientar sobre a necessidade de verificar anormalidades na menstruação (quantidade, duração). - Orientar sobre a necessidade de consultas periódicas a médico e dentista. - Orientar sobre a importância de assepsia bucal. - Orientar sobre a patologia. = 15 - Orientar sobre o fato de que o (etilismo) uso de álcool corta o efeito da medicação usada (o tratamento de O.M.F. será contínuo em casa também).

DATA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLANO DE CUIDADOS
		<p>= 17 = 19</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posicionar cliente em semi-Fowler. - Ambiente favorável e arejado. - Controle rigoroso de sinais vitais principalmente T. - Repouso no leito. - Anotar no prontuário anormalidades. <p>= 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Bolsa) compressas frias na região frontal. - Ambiente calmo, arejado. - Evitar situações stressantes. <p>= 18</p> <ul style="list-style-type: none"> - Massagens na região abdominal. - Deambular passivamente com o cliente. - Exercícios passivos no leito. <p>= 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controle da secreção verificando quantidade, frequência. - Observar cor da secreção. - Observar o odor. <p>= 8, = 7 = 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre os problemas que ocasiona a inquietude. - Proporcionar recreações durante o dia para conduzir a cliente a um número de horas de sono à noite. <p>= 10</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre os benefícios de uma boa alimentação. - Verificar gostos e aversões. - Proporcionar ambiente tranquilo para as refeições.

Plano de Cuidados

Nome do Cliente: O.M.F.

Idade: 25 anos

Diagnóstico Médico: Peritonite

Local: Emergência (Repouso)

Hospital: H.G.C.R.

	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLANO DE CUIDADOS
22.11.85	<p>=2- Cefaléia intermitente</p> <p>=3- Dor a palpação na região lombar e supra-púbica.</p> <p>=3- Secreção vaginal fétida</p> <p>=4- Inquietude</p> <p>=5- Preocupações com a doença e dores</p> <p>=6- Acorda com intervalos constantes durante a noite</p> <p>=7- Não gosta de almoçar, prefere lanches.</p> <p>=8- Constipação</p> <p>=9- Dispneia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compressas frias na região frontal. - Ambiente calmo e arejado. - Orientar a cliente quanto a dor na região lombar e supra púbica, relacionando com sua patologia. - Explicar ao cliente que a dor à palpação é uma consequência normal de sua patologia. - Verificar o tipo de dor e intensidade. - Verificar se a dor supra-púbica se propaga para o epigástro. - Verificar os efeitos colaterais da medicação como: diarreia, náuseas, cólicas abdominais (FRADEMICINA) e erupções cutâneas, além de náuseas e vômitos devido a administração de ESPECTRIM D. - Observar na administração de FRADEMICINA o aparecimento (secundário) de Neutropenia, leucopenia, agranulocitose. - Controle da secreção verificando quantidade e frequência. - Observar cor da secreção. - Observar dor. - Orientar sobre os problemas que causam a inquietude. - Orientar sobre a patologia e esclarecer dúvidas. - Proporcionar recreações durante o dia para conduzir a cliente a um maior número de horas de sono à noite. - Orientar sobre os benefícios de uma boa alimentação. - Verificar gostos e aversões. - Proporcionar ambiente tranquilo para as refeições. - Massagens na região abdominal. - Deambular passivamente com o cliente. - Exercícios passivos no leito. - Posicionar o cliente em semi-Fowler.

DATA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	PLANO DE CUIDADOS
	=10- Palidez	- Ambiente favorável - arejado
	=11- Astenia	- Controle rigoroso de S.V. principalmente F.R.
		- Anotar anormalidade no prontuário.
		- Observar sinais de anemia.

Evolução de Enfermagem

- S - Cliente refere cefaléia intermitente; dor na região lombar e supra púbica.
Refere estar preocupada com a doença e dores e não dormir bem durante a noite.
- O - Cliente apresenta secreção vaginal amarelada âmbar e fétida.
Cliente está visivelmente inquieta. Apresenta astenia, dispnéia, constipação, palidez e apresenta rede venosa pouco visível.
- C - Feito aplicação de compressas frias na região abdominal, frontal, proporcionando ambiente calmo e arejado.
O cliente foi orientado quanto a dor na região lombar, supra púbica e dor à palpação.
- o Feito massagem para visualizar a veia evitando assim possíveis hematomas.

Plano de Cuidados

Nome do Cliente: O.M.F. Idade: 25 anos

Diagnóstico Médico: Peritonite

Local: Emergência (Repouso)

Hospital: H.G.C.R.

-
- | | |
|--|--|
| <p>23.11.85 =2- Não sabe informa corretamente o ciclo menstrual.</p> <p>Menstruação irregular.</p> <p>Etilismo</p> <p>Dentes sépticos com sujedades.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre a importância do controle menstrual. - Orientar sobre a necessidade de verificar anormalidades na menstruação (quantidade, duração). - Orientar a cliente sobre o fato de que o uso de álcool corta o efeito da medicação em uso. - Orientar sobre as consequências do uso do álcool. - Orientar sobre a importância da higiene oral. - Estimular a higiene oral. - Auxiliar na higiene oral S/N. |
|--|--|
-

Evolução de Enfermagem

- S - Cliente refere ter reduzido a cefaléia e refere ter cessado a dor na região lombar e supra púbica e dormiu melhor no período noturno.
- O - Cliente apresenta redução da secreção vaginal, redução da dispnéia.
Evacuou normalmente e se apresentou mais disposta.
S.V. s/alteração.
- C - Feito orientação sobre o ciclo menstrual e anormalidades menstruais. Feito orientação sobre a importância de consultar o médico e dentista, e esclarecimentos sobre a higiene oral.

ANEXO II

HIPERTENSÃO

"Doença Vascular Hipertensiva"

Incidência e Significado

A doença vascular hipertensiva é definida como níveis persistentes de pressão sanguínea nos quais a pressão sistólica está acima de 90 mmHg. A hipertensão é a principal causa da insuficiência cardíaca, ataques e insuficiência renal. Ela é chamada o "assassino silencioso" porque o indivíduo geralmente não apresenta sintomas, 50% daqueles com hipertensão desconhece o fato. Uma vez que o paciente seja identificado como hipertenso, precisa tirar sua pressão sanguínea frequentemente pois é uma condição vital.

Cerca de 20% da população adulta desenvolve hipertensão, mais de 90% desses tem hipertensão essencial (primária), que é de causa desconhecida. O restante desenvolve elevações na pressão sanguínea, por uma etiologia específica como estreitamento reno-vascular ou doença do parênquima renal. As formas mais raras incluem tumor adrenal produzindo aldosterona e feocromocitoma.

A P.A. sanguínea aumentada está ligada a muitos estados patológicos, como tireotoxicose ou pré-eclâmpsia e, é corrigida quando a doença básica é corrigida. Por isso, um programa nacional de prevenção de indivíduos potencialmente hipertensos foi lançado por um comitê especial do Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar.

A hipertensão essencial usualmente começa como um processo labeil (intermitente) entre os 30 e 50 anos e gradualmente se torna "fixa". Ocasionalmente pode aparecer abrupta e grave

mente e tomar um curso acelerado ou "maligno", com deterioração rápida do paciente.

A superestimulação pelo café, fumo e por drogas estimuladoras, assim como os distúrbios emocionais e a obesidade, tem seu papel, mas a doença é fortemente familiar.

Afeta mais mulheres do que os homens, mas homens especialmente pretos, resistem menos à doença. A elevação prolongada da pressão sanguínea eventualmente lesa vasos sanguíneos ao longo do corpo, mais notadamente nos olhos, coração, rins e cérebro; então, a falta da visão, oclusão coronária e insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal e choque são as consequências usuais de hipertensão prolongada e não controlada.

O aumento da resistência periférica controlada em nível arteriolar é a causa básica para pressão sanguínea elevada, mas as causas de resistência aumentada não são bem compreendidas. A terapia medicamentosa tem o objetivo de reduzir a resistência periférica, diminuindo assim a pressão sanguínea e minimizando os stresses do sistema vascular.

Fisiologia da Hipertensão Arterial

A pressão sanguínea alta é uma doença acreditária na qual a atividade vasoconstritora do vaso sanguíneo está aumentada, assim resultando em um aumento da pressão sanguínea. O centro vasomotor está situado na medula do cérebro. Os tratos do sistema nervoso saem desse centro vasomotor simpático e descem pela medula espinhal, emergem da coluna espinhal para o gânglio simpático no tórax e abdome.

A estimulação do centro vasomotor resulta em impulsos que vão pelo sistema nervoso simpático ao gânglio simpático. Nesse ponto os neurônios pré-ganglionares liberam acetilcolina, que estimula o neurônio pós-ganglionar e volta ao vaso sanguíneo, onde a liberação de catecolaminas resulta em constrição do vaso. Muitas insuficiências podem afetar a resposta do vaso sanguíneo e esses estímulos vaso constritores.

No paciente hipertenso muitos fatores moderam nas respostas vasomotoras e vasoconstritoras. A ansiedade, medo e ruí

dos indesejáveis são ameaças ao paciente e ficam na sua lembranças como ameaças diretas ao seu bem-estar. Uma vez cuidados, esses estímulos são então rapidamente transferidos através dos neurônios internunciais ao centro vasomotor, resultando em estimulação dos impulsos vasoconstritores.

Ao mesmo tempo que o sistema nervoso simpático do vaso sanguíneo é estimulado há também uma estimulação concorrente da medula adrenal que secreta vasoconstritores. Isso promove a liberação do fator que liberta a corticotrofina, a qual por sua vez, estimula a pituitária no cérebro, o hormônio adrenocorticotrópico, liberado, estimula então o córtex adrenal, o que deixa livre o hidrocortisona e outros esteróides que podem melhorar a resposta do impulso vasoconstritor. Os impulsos vasoconstritores também resultam em inquemia do rim, pela liberação de renina. A renina é convertida em angiotensina que estimula o aparecimento de aldosterona no córtex adrenal. Esses hórmônios então aumentam a retenção de sódio e de água pelos canais renais. Essa condição é chamada hiperaldosteronismo secundário, pois os níveis de aldosterona se tornam relativamente altos.

Quando ocorre retenção de sódio e água no rim, isso aumenta a concentração eletrolítica na parede do vaso sanguíneo, a um nível que aumenta a sua resposta vasoconstritora aos impulsos simpáticos. Assim, o ciclo vicioso da doença vascular hipertensiva é estabelecido e pode eventualmente larvar à hipertensão maligna, que é uma doença rapidamente progressiva, com taxa alta de mortalidade quando não tratada. A doença aterosclerótica de vaso sanguíneo grande, aliada à hipertensão, prevê poucas chances ao doente, porque essas doenças tem um efeito aditivo em morbidade e mortalidade.

Hipertensão Arterial

Conceito

Existem razões para que a PA dos indivíduos se mantenha dentro dos limites fisiológicos. Assim o nível pressório de 60 mmHg determina não só parada de filtração glomerular como

o do fluxo para o cérebro e membros superiores quando estes são elevados acima da cabeça. Por outro lado, se os níveis pressóricos forem exageradamente elevados, existe risco grande de ocorrerem lesões vasculares. Se não é desejável que o nível pressórico se mantenha muito baixo ou alto, também não é desejável que o mesmo permaneça em nível constante, uma vez que as necessidades orgânicas se alteram continuamente em virtude da interação com meio e estímulos recebidos. Assim é possível detectar variações grandes de PA durante as 24 horas do dia, desde pressões sistólicas de ordem de 65 mmHg durante o sono, até pressões sistólicas da ordem de 170 mmHg após um exercício intenso.

Há portanto dificuldade para definir o que seja limite "normal" fisiológico da PA e, conseqüentemente o que seja hipertensão arterial (H.A.).

Evidentemente tal dificuldade não existe em casos extremos, pois ninguém duvidará que um paciente com pressão arterial de 260/150 seja portador de H.A., embora seja difícil afirmar o mesmo em relação a um indivíduo assintomático, com pressão arterial de 150/90.

Talvez se pudesse resolver tal dificuldade com disponibilidade de dados pressóricos obtidos por levantamentos populacionais em situação basal, quando são mínimos os estímulos físicos ou psíquicos. Surge porém, uma segunda dificuldade, qual seja, a variação do nível pressórico induzido pelo próprio ato da medida.

Sinais/Sintomas

Os sintomas podem estar ausentes ou serem severos com enxaquecas matinais, fadiga fácil, nervosismo, irritabilidade; se o coração está envolvido, podem aparecer dispnéia, edema, ou síndrome anginosa e palpitações. Nictúria e outros sinais de dano renal ocorrem com o envolvimento do rim. Podem haver crises isquêmicas temporárias como vertigem e perda passageira de consciência, indicando envolvimento do S.N.C. No exame físico, nenhuma anormalidade é notada a não ser a pressão sanguínea alta, mas podem haver alterações na retina com hemorragias exsudatos, arteríolas estreitadas, e em casos graves, papiledema.

O alargamento cardíaco e arritmia, podem ser encontrados junto de insuficiência cardíaca congestiva. No paciente mais idoso evidências de arteriosclerose podem ser manifestadas, porque a hipertensão prolongada parece aumentar o ritmo com que se desenvolve o processo arteriosclerótico.

Diagnóstico

Um exame físico completo, incluindo um exame neurológico moderado é desejável. O fundo de olho é examinado e estudos laboratoriais são feitos para determinar lesão orgânica objetiva, como esclerose das arteriolas, da retina, L.V.H. (hipertrofia ventricular esquerda) ao eletrocardiograma, proteína na urina, todas sendo indicativas de lesão orgânica específica.

Uma incapacidade de concentrar a urina e um aumento de uréia nitrogenada no sangue podem estar presentes.

Estudos especiais como renogramas, pielogramas intravenosos, arteriogramas renais, estudos da função renal em separado e a determinação dos níveis de renina são feitos para distinguir os pacientes com oclusão renovascular. Se é encontrada uma estenose de artéria renal, essa pode ser cirurgicamente corrigida. V.M.A. (ácido vanilmandélico), determinação de catecolaminas e um teste de Regitina detectam os raros tumores feocromocitoma que secretam noropinefrina e podem ser cirurgicamente tratados. Os níveis elevados de aldosterona e níveis diminuídos de renina são altamente sugestivos de aldosteronismo primário, uma condição rara mas que pode ser cirurgicamente tratada. É de significado diagnóstico adicional se o paciente toma anticoncepcionais orais ou tem o hábito de beber, pois qualquer dessas condições pode causar uma pressão elevada. O diabetes ou hipercolesterolemia, mesmo com elevações moderadas de pressão sanguínea, aumentam muito o risco de doença coronária.

Medidas Físicas e Psicoterapêuticas

É preciso seguir, em todas as oportunidades, certas medidas gerais de saúde: correção do peso excessivo, restrição ao uso excessivo de estimulantes e fumo; redução dos níveis séricos de colesterol, a ingestão de sal na dieta é reduzida, ou

tros estados patológicos como anemia, tireotoxicose e infecção renal são corrigidos. Os pacientes também devem ser levados a adotar um ponto de vista mais tranquilo em relação à vida e seus problemas e alterar seus hábitos para levar uma existência mais equilibrada com proporções apropriadas de trabalho, lazer e repouso. Isso não é fácil porque muitos desses pacientes são tensos, indivíduos difíceis de se levar e o relaxamento é difícil.

Observação da Enfermagem

Sabendo da importância das diretrizes, a enfermeira na assistência primária ao paciente, é capaz de dirigi-lo ao passo seguinte, na busca do tratamento para uma pressão sanguínea elevada. Quando está usando medicamento ele deve estar alerta para reações medicamentosas indesejáveis, como letargia ou depressão. Todos os efeitos colaterais devem ser relatados ao médico para que o esquema de medicação possa ser alterado para melhor efeito. O paciente precisa ter paciência durante as tentativas iniciais de controlar a pressão sanguínea com a melhor combinação de medicamentos.

Na assistência primária a um paciente com elevação variável da pressão sanguínea, as observações que se seguem podem servir como guia eficaz na detecção dos problemas:

1. O paciente deve repousar por 5-10 minutos, quando será tomada a pressão sanguínea em ambos os braços e pernas, na posição supina.

2. As seguintes contradições podem ser encontradas:

- | | |
|---|---|
| a: Pressão sanguínea alta nos braços | Suspeita de coarctação |
| : Pressão sanguínea baixa nos braços | da aorta |
| | Suspeita de placa aterosclerótica ou estreitamento congênito da subclávia de um lado. |
| b: Diferença de pressão nos dois braços | |

c: Da posição supina para a posição em pé.

Normal: uma ligeira queda sistólica e ligeiro aumento na diastólica.

d: Da supina para em pé.

Se há hipotensão postural em pé suspeitar de hipertensão secundária, feocromocitoma ou doença oclusiva de artéria renal.

e: Ser consistente na técnica, como na determinação da leitura da diastólica, usar sempre o mesmo índice, como por exemplo, o último som audível ou no primeiro som audível abajado.

Educação do paciente: geralmente os pacientes em programa hipertensivo têm um pouco de sedação, o que pode ser muito desconfortável.

Muitos desses sintomas desaparecem quando o paciente se torna ajustado as medicações ou se os ajustamentos são feitos em níveis dosados. As vezes, ensina-se o paciente a medir a pressão sanguínea em casa. Algumas autoridades acreditam que isso envolve o paciente em seu próprio cuidado e enfatiza o fato de que se ele falha em tomar sua medicação, sua pressão sanguínea aumentará e vice-versa.

É difícil convencer alguns pacientes que a pressão sanguínea é um dado normalmente variável e não fica fixo em um só número. Os pacientes devem ser encorajados a se manter em seu programa de tratamento. Esse é um ponto importante que a enfermeira deve enfatizar. Se o paciente interromper seus medicamentos, a pressão sanguínea "escapará", o que significa que poderá piorar, mais difícil de controlar e que pode até precipitar uma oclusão coronária ou infarto do miocárdio. Assim, a terapêutica medicamentosa mínima, deve ser continuada sob tais circunstâncias, é a administração diária de diuréticos.

Cuidados de Enfermagem: HIPERTENSÃO

01. Moderação do fumo.

02. Estimulação de exercícios físicos na hipertensão benigna

(andar, nadar, andar de bicicleta).

03. Explicar ao paciente o significado da hipertensão arterial os fatores de riscos, suas influências sobre o sistema cardiovascular.
04. Discutir com o paciente as causas ou fatores que desencadeiam a hipertensão arterial.
05. Orientar sobre os sintomas de hipertensão arterial.
06. Converter o paciente a reconhecer que a hipertensão arterial é crônica, e que requer terapia persistente e supervisão médica periódica.
07. Orientar sobre a dieta alimentar.
08. Orientar sobre a ingestão de líquidos.
09. Demonstrar e orientar sobre o material usado para a verificação da pressão arterial.
10. Orientar a técnica de verificação da pressão arterial.
11. Esquematizar o horário de medicação, orientar sobre a ação e efeitos colaterais.
12. Orientar sobre hipocalcemia (hipotensão, fraqueza, câimbras, pulso fraco).
13. Orientar sobre hipotensão postural.
14. Orientar a família do seu papel na manutenção do paciente.
15. Enfatizar a importância da continuação do tratamento.

ANEXO III

HIPERTERMIA

Introdução

A febre é um dos sintomas mais comuns encontrados pelos médicos. Na grande maioria dos pacientes a febre é secundária a um processo infeccioso, frequentemente de origem virótica. Em tais pacientes, o estado febril é autolimitado e é necessário relativamente pouco em termos de investigação diagnóstica ou terapêutica. Entretanto, quando a febre persiste por mais alguns dias ou é excessivamente alta indica-se então uma avaliação mais completa. Certos aspectos do paciente febril são dignos de ênfase. Por exemplo a febre nunca é manifestação única de uma doença. Sintomas constitucionais tais como cefaléias, mialgias, ou indisposição quase sempre acompanham a febre. Além disso, exceto em raras circunstâncias o tipo ou padrão da febre não é diagnosticado. Quando uma febre de padrão cotidiano ocorre em situações próprias, então a malária deve ser lembrada. Doenças por vírus podem causar febre hética acompanhadas por calafrios e serem indistinguíveis da resposta de pacientes com bacteremia ou fungemia. Assim quando examinamos um paciente com febre indica-se a realização de uma história cuidadosa e um completo exame físico, e observação intensa.

Alguns pacientes com doença febril tem sintomas persistentes por mais de duas semanas a despeito de avaliação completa por história, exame físico e testes laboratoriais, incluindo culturas apropriadas de sangue, escarro, urina e se indicado de fezes. Esses pacientes podem ser considerados como tendo uma febre de origem indeterminada (FOI) e requererão avaliação intensa.

Quando se tentã determinar a causa da febre prolongada de

ve-se considerar o amplo espectro de doenças que causam febre.

Fatores tais como:

- Idade
- Fatores sociais e econômicos
- Exposição recente.

São todos determinantes importantes das causas da febre prolongada. Na grande maioria dos pacientes com "FOI" uma causa de base é descoberta ou o paciente recupera-se espontaneamente.

Definição

Febre é uma elevação de temperatura acima da amplitude normal de variação diária. A febre é reconhecida como uma resposta a um processo patológico, e por isso a medida de temperatura corporal é um dos procedimentos clínicos mais frequentemente realizado quando se suspeita de doença. As infecções estão mais comumente associadas a febre, mas diversas doenças, não infecciosas podem ter também a febre como sua primeira apresentação clínica. Embora a vasta maioria de pacientes com temperatura corporal elevada esteja experimentando febre, existem alguns exemplos em que a temperatura elevada não é febre, porém mais corretamente uma hipertermia. Esses exemplos incluem as síndromes de intermação, certas doenças metabólicas e os efeitos de agentes farmacológicos que interferem na termorregulação.

Diferença: Febre X Hipertermia

A diferença entre febre e hipertermia é melhor entendida ao nível hipotalâmico, e o termostato doméstico pode ser usado como analogia para compreender o controle hipotalâmico da temperatura do corpo. O centro termorregulador localizado no hipotálamo anterior e posterior regula a temperatura interna em torno de 37°C, principalmente pela sua capacidade de balancear a produção e a perda periférica de calor.

Durante a febre a marcação do termostato no centro hipotalâmico desvia para cima por exemplo de 37°C para 39°C. Isso resulta em sinais do hipotálamo posterior para aumentar a produ

ção de calor e diminuir a sua perda periférica. A produção de calor pelos tremores musculares e sua conservação pela vasoconstricção periférica continuam até que a temperatura do sangue que supre o hipotálamo iguale a colocação mais alta do termóstato. Diferentemente da febre, a marcação do centro termorregulador permanece em seus níveis normotérmicos, sem ser mudado durante a hipertermia, enquanto que, de uma maneira descontrolada, a temperatura corporal aumenta e vence a capacidade de perder o calor.

A exposição do calor exógeno (intermação) e a produção de calor endógeno (hipertermia maligna) são dois mecanismos pelos quais a hipertermia pode resultar em temperaturas internas perigosamente altas. As drogas que interferem na sudorese ou na vasodilatação e previnem assim a perda normal de calor, também produzem hipertermia.

Em comparação com febre, a hipertermia é uma causa muito mais rara para temperatura corporal elevada; mas apesar disso é importante fazer a distinção.

A hipertermia pode ser rapidamente fatal, e seu tratamento difere daquele da febre. A aspirina e outros antipiréticos são muitas vezes contra indicados para reduzir a elevação da temperatura causada pela hipertermia.

Patogenese

As febres iniciais experimentais, iniciadas nos meados do século XIX, tem sido produzidas no homem utilizando-se uma variedade de agentes. Desde aquela época foram reconhecidos, além dos agentes infecciosos, diversas substâncias que causam febre. A mais difundida e potente delas é o lipopolissacarídeo de bactérias gran-negativas, também chamada de endotóxica. A endotóxica produzirá febre no homem quando a quantidade tão pequena quanto 2 mg por quilograma for injetado endovenosamente. Muitas das febres produzidas durante o uso inicial de fluidos intravenosos foram na verdade devidas a contaminação por endotoxina. Outras substâncias que produzem febre incluem materiais derivados de agentes microbianos polinucleotídeos sintéticos, certos produtos de degradação de androgênicos como a etiocolanolona, sangue incompatível e produtos de sangue.

Torna-se costumeiro referir-se a endotoxina e outras substâncias que produzem febre como pirógenos exógenos. Os pirógenos exógenos não partilham estrutura físicoquímica ou biológica comum e são derivados de origem microbiana e não-microbiana.

Em geral, os pirógenos exógenos não afetam diretamente o hipotálamo, mas ao contrário produzem febre através da ação da molécula de um mediador, o pirógeno endógeno.

O pirógeno endógeno pode ser demonstrado na circulação durante a febre em animais de experimentação: entretanto a substância ainda tem que ser detectada circulando durante a febre no homem. Isso pode ser devido a certos fatores tais como habilidade e baixa concentração do pirógeno no sangue humano. Não obstante indivíduos injetados com pirógeno endógeno respondem com calafrios peritoneal e articular, e é produzido prontamente *in vitro* quando fagócitos humanos são estimulados.

A maioria das substâncias que produzem febre quando injetadas no homem induz liberação de pirógeno *in vitro*.

Diagnóstico

Os indivíduos mantêm a temperatura corporal em torno de 37°C, apesar de grandes variações nas temperaturas ambientais. Para alguns indivíduos, a temperatura corporal pode estar abaixo ou acima de 37°C, sem constituir um processo patológico. Durante um período de 24 horas, a temperatura corporal varia de um ponto baixo no início da manhã aos níveis mais altos entre 16 e 18 horas. A amplitude dessa variação diária também chama a ritmo circadiano de temperatura, e de cerca de 0,6°C e os indivíduos mantêm seu ritmo circadiano por toda a vida, apesar de ataques interpretados e doenças prolongadas. Uma elevação de temperatura diária de um indivíduo acima da amplitude normal é considerada febre. O quadro da temperatura baixa pela manhã e alta a tarde pode ser observado ainda durante a febre. Em situação ocasional em que a temperatura elevada é na realidade hipertermia, esse ritmo está ausente. Um diagnóstico de hipertermia é feito muitas vezes por causa de uma história progressiva de exposição ao calor ou uso de certas drogas que interferem na termorregulação normal. Alguns pacientes com feorromotomas ou com hipertireoidismo apresentarão temperaturas ele

vadas, e a falta de ritmo circadiano apresenta mais hipertermia do que a febre.

Existe outro grupo de pacientes no qual o ponto de marcação hipotalâmico está elevado devido o trauma local, hemorragias, invasor por tumor, ou disfunção hipotalâmica intrínseca.

O termo febre hipotalâmica é usado as vezes, para descrever temperatura elevada causada por função hipotalâmica anormal. Nos pacientes, em que se suspeita de febre hipotalâmica, o diagnóstico depende da demonstração de outras funções hipotalâmicas anormais, tais como produção de fatores liberadores, hipotalâmicos, resposta anormal ao frio e ausência de ritmo circadiano.

Manifestações de Febre

Os sintomas subjetivos da febre incluem sensações de sentir frio ou quente, dor de cabeça, mialgias, artralgias e mal-estar geral. Os sinais objetivos além da temperatura elevada, incluem frequência respiratória, pressão do pulso alargada e frequência cardíaca rápida. Existem entretanto, exceções. Pacientes com febre tifóide e certos tumores hipotalâmicos apresentam frequência de pulso mais baixo do que o esperado durante a febre. Além disso certos achados de laboratórios estão alterados na febre. O mais observado entre eles é a velocidade de hemossedimentação aumentada, resultante de níveis elevados de fibrinogênio, ceruloplasmina e proteína creativa.

Estas substâncias são muitas vezes chamadas "reagentes" de fase aguda e são responsáveis pela elevação de alfa 2 globulinas vista na eletroforese de proteína sérica.

A febre causada por doenças infecciosas, tóxicas ou imunológicas raramente excede $41,1^{\circ}\text{C}$, e existe evidência clínica, assim como em animal, de que o ponto de marcação hipotalâmica para a resposta do pirógeno tem um teto térmico. Febre extremamente alta (heperperexia) entretanto pode ocorrer em qualquer paciente como doença significativa, mas ela é observada frequentemente em alguns pacientes com hemorragia do S.N.C. Em geral, existem apenas poucas condições clínicas nas quais a temperatura moderadamente elevada é nociva. Elas estão em pacientes com doença do S.N.C., função cardio vascular diminuída, histórico -

prévia de convulsão febril e distúrbios mentais, e em mulheres grávidas.

A temperatura elevada agrava o edema cerebral, baixa o limiar de convulsões, e leva os pacientes com distúrbios mentais persistentes a descompensação.

Tratamento

A maioria dos indivíduos com febre causada por doenças infecciosas, tais como infecção do trato respiratório superior ou síndromes gripais, experimenta sintomas desagradáveis e trata sua febre com antipiréticos.

Os antitérmicos reduzem apenas o ponto elevado de marcação hipotalâmica da febre induzida por pirogênio.

Cuidados na Febre "Corrente Homeopata"

"O homem hoje perde cada vez mais a compreensão dos fatores primordiais que regem a vida, ou seja, saúde e enfermidade. É um sintoma alarmante, pois se alheia cada vez mais da naturaza, perdendo o instinto natural do seu corpo, que lhe permite distinguir o que é benéfico do que é nocivo. Atualmente, uma doença qualquer - mesmo tratando-se de um resfriado febril inócio - torna-se importuna e perigosa, a qual as pessoas em geral logo tratam de eliminar mediante vacinações ou medicamentos paliativos e supressivos, que "mascaram" a doença.

Existe uma razão de ser da febre, inclusive dos osintomas que a acompanham na doença, sendo de relevância essencial para o desenvolvimento humano.

E quando as crianças adoecem os pais, como que impresionados, dirigem toda a sua atenção àquela face da enfermidade que oferece um aspecto negativo e perigoso; sendo uma atitude receosa bem compreensível, diante da responsabilidade que sentem pela criança. Mas quando exagerada, surge uma situação confusa e sem bom senso, exigindo do médico um combate imediato à febre. Assim, muitos pais querem julgar a competência do médico pela rapidez com que faz baixar ou desaparecer a febre. Esta atitude resulta da suposição errônea de que febre, por si só, é uma doença.

En algumas doenças agudas pode-se observar em alguns casos a perda do caráter dramático pelo uso de medicamentos supressores e radicais. Porém, são bem frequentes os casos em que o paciente, passando por este tratamento, não consegue "restabelecer-se" e, possivelmente, se queixa de outros padecimentos, dado ao fato de que os sintomas primitivos não foram realmente curados, tendo sido apenas suprimidos, ou "mascarados". Isto muitas vezes ocorre em doentes que querem cortar a febre de modo imediato com antitérmicos em geral.

É preciso entender que a febre não é a razão de ser da enfermidade, e sim, constitui uma arma no combate à doença.

"Febre não passa de sinal de alarme e defesa do organismo. Hoje em dia sabemos com certeza que febre é o contrário de doença, isto é, que a febre faz parte do mecanismo de defesa contra a doença infecciosa (Prof. Westphal-Alemanhã). - Se todos praticasse, o que foi verificado sobre a febre, evitar-se-ia muita calamidade, resultante de uma supressão precipitada e irrefletida da febre.

Quando a febre é cortada prematuramente com antitérmicos, há mais possibilidade de surgirem complicações, doenças crônicas subsequentes, e, principalmente, retardos de coalescência. O organismo, frequentemente não consegue tornar-se imune contra a respectiva doença.

A missão do médico não consiste no combate à febre, mas em exercer uma vigilância sobre o processo biológico da febre, para que esta febre como agente de cura.

O médico não deve trabalhar contra a febre, mas sim com a febre, já que esta, para ele, constitui um elemento importante de cura.

A febre se relaciona muito com a infância, ora fazendo parte de doenças típicas infantis (sarampo, catapora, etc:) ora ocorrendo sem moléstia e repentinamente, Durante a febre o metabolismo corporeo esta em grande atividade. As proteínas são catabolizadas por não corresponderem mais ao desenvolvimento da criança, isto é, existem proteínas "envelhecidas", que necessitam serem dissolvidas e eliminadas pela ação do calor. O organismo infantil constantemente tem que formar sua proteína individual e se reestruturar, pois inicialmente possui muitas proteínas de origem materna.

Assistência de Enfermagem à Clientes com Hipertermia
Segundo Marcondes, Llorens, Cecil, Wandalsen

1. Expor a pele ao ar, deixando o cliente vestido com tecidos de algodão ou outros tecidos absorventes e evitar aquecimentos, agasalhos, cobertores.

2. Banho de esponja com água morna. A temperatura é reduzida pela evaporação da água, atritando a pele com a água, a temperatura do corpo é mais eficaz e confortante para o indivíduo. Não se deve usar água fria, porque, esta acarreta vaso constricção e tremores elevando assim a temperatura central. Deve-se evitar o álcool pois o vapor pode ser tóxico para o paciente.

3. Manter a hidratação, visto que a febre aumenta as necessidades hídricas.

4. Uso de antitérmicos, incluindo aspirina ou acetaminofen. A aspirina não deve ser usada em clientes abaixo de 1 ano de idade e quando necessária deve ser com precaução. Tem efeito complexo sobre o metabolismo, produzindo acidose metabólica e outros efeitos tóxicos, e a excreção é deficiente nas crianças, tornando-se mais vulnerável aos efeitos colaterais. Além disso, alguns sinais de toxicidade (hiperventilação, sudorese, febre, vômito e irritabilidade) assemelham-se aos sintomas de doença e podem não ser reconhecidos como efeitos colaterais.

A superdosagem e o tratamento prolongado acarreta intoxicação grave. Embora o acetaminofen tenha efeito tóxico quando usado em dose excessiva, a dose terapêutica é mais segura e portanto mais recomendada do que a aspirina, particularmente em lactentes.

5. Verificar sinais vitais principalmente: temperatura, para avaliação constante do quadro de hipertermia apresentado pelo cliente.

6. Cuidados específicos se deve ter com clientes que apresentam febre com 41,1°C (hiperpirexia) ou clientes portadores de doença cardiovascular ou crianças que tenham tido convulsão febril. Nesses casos há necessidade de cuidados médicos urgentes e vários esforços que devem ser feitos para reduzir imediatamente a febre.

Cuidados ao cliente com Hipertermia, segundo Zanella¹²

1º - Hidratar - dar líquidos (sucos, sopas, chás, febrífugos).

2º - Alimentação Leve - apenas com frutas, verduras, legumes, sucos, sopas.

Evitar proteínas na alimentação - (carnes, leite, ovos, etc) - Isto é importante, pois na febre o catabolismo proteico está intenso, havendo intensa queima de proteínas "velhas" que devem ser eliminadas pela pele (erupções, suor ...), intestinos, urina, etc., não devemos perturbar esse processo. O organismo está ocupado com a proteína que tem que ser reestruturada. Não se deve forçar a alimentação. A perda do apetite nestes casos, é perfeitamente natural e fisiológico. Inclusive um pequeno jejum só seria benéfico para auxiliar no processo de desintoxicação e limpeza do organismo.

Dr. Lroof (Prêmio Nobel) - após injetar vírus em cobaias, verificou que em temperatura corporal baixa os vírus se proliferam e aumentam enquanto que, se a temperatura sobe, o organismo supera e elimina os vírus provocando sua extinção. "A defesa contra os vírus pelos anticorpos do organismo, só funciona quando a temperatura se eleva como na febre.

4º - Observar - sede, urina, fezes, suor, etc. (cor, aspecto, volume, odor, etc.).

5º - Evitar prisão de ventre - caso não evacue, de suco de ameixa preta seca (deixar de molho, coar), e mamão ou laranja lima.

6º - Dar banho quente de banheira, na temperatura da criança - O ideal é dar o banho logo que a febre começar a subir (até atingir 38,5°C) - Dar 3-4 vezes/dia - manter a criança aquecida, antes e depois. Não dar banho frio.

7º - Manter os pés quentes - com saco de água quente. Aquece-lo bem.

8º - Uso de chás febrífugos - E sudoríficos - dar em média 1 xícara, 3-4 vezes por dia, de acordo com a idade. Temos: chá de sabugueiro (=sambucus-flor) - é o melhor. Além desse pode-se usar - chá antigripal "veleda" (contém sambucus); chá

depurativo "velleda" (para problemas de pele associados. - Chá de folha de pitanga, ou: alfavaca, camomila, salsa, limão (fruto) - variar.

- Espécies sudoríficas Klein - também contendo sambucus.

9º - Uso de compressas - de água morna (30º) - 1/2 litro colocar o suco de 1 limão - por compressas mornas na barriga de ambas as pernas, iniciando do tornozelo em direção ao joelho (de baixo para cima).

- Renovar sempre sem deixar esfriar - por as compressas de 10 em 10 minutos - repete-se após 1 hora até ceder - cobris - bem o doente. O ideal é colocar só nas pernas, porém, em casos de febre acima de 39,5ºC poderá colocar também no abdome, repetindo-se várias vezes (10-10 minutos).

Outras informações e condutas observadas na prática

- Banho frio:

Colocar o cliente imerso numa banheira com água de temperatura fria.

- Banho morno gradativo:

Colocar o cliente imerso numa banheira (ou chuveiro) sendo que a água deve ter temperatura inferior ($\pm 02^\circ\text{C}$) a temperatura corporal apresentada pelo cliente com hipertermia. Esse processo deve ser contínuo e gradativo até que a temperatura ceda.

Por exemplo:

1º banho: cliente com $T = 40^\circ\text{C}$

água com $T = 38^\circ\text{C}$

Intervalo ± 15 minutos

2º banho: cliente com $T = 37^\circ\text{C}$

água com $T = 35^\circ\text{C}$

- Banho morno:

Colocar o cliente imerso numa banheira (ou banho no chuveiro) com água morna.

- Uso de ventilador:

Colocar ventilador próximo ao cliente com hipertermia até que a temperatura ceda.

- Evitar correntes de ar:

Não permitir que o cliente com hipertermia fique exposto a correntes de ar enquanto apresentar quadro de hipertermia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de hipertermia é bastante interessante, porém , principalmente no que diz respeito a assistência de enfermagem, onde é bastante contravertido.

Observamos a existência de várias correntes para explicar a presença da febre. Bem como, cada autor defende um tipo de conduta em relação a mesma.

Os autores da linha "médica" pesquisados, embora com certa cautela são unânimes em reafirmar a necessidade do uso de medicamentos paleativos ou supresivos no caso de hipertermia.

Já para a corrente homeopática (Dr. Zanella) a febre é encarada como um processo natural, com razão de ser, sendo de relevância essencial para o desenvolvimento humano. E ainda comenta que a febre não é a razão de ser da enfermidade, e sim constitui uma arma no combate a doença.

Outro dado interessante que encontramos na corrente homeopática foi com referência as citações do Dr. Lrooff (Prêmio Nobel) onde encontramos o seguinte:

"A defesa contra os vírus pelos anticorpos do organismo , só funciona quando a temperatura se eleva como na febre".

Observamos que embora a hipertermia seja um "sinal ou sintoma" bastante comum, ora estando associado a patologia ou então de origem desconhecida, (criptogênica) pouco se sabe sobre a mesma, ou melhor na prática a hipertermia é avaliada das formas mais contrastantes possíveis, as vezes analisada como processo alarmante, outras, como processo natural do organismo, e o problema da hipertermia não raramente se tenta resolver pelo uso prematuro de agentes terapêuticos que alteram o curso da doença, seja produzindo desfervescência temporária, seja induzindo uma reação febril tipo sensibilização (13, 14).

BIBLIOGRAFIA

1. MARCONDES, E. Pediatria básica. 6a. ed., Sarvier, 1978.

2. LLORENS, J. e colaboradores. Pediatria para enfermagem. Barcel, Jenis, 1972.
3. CECIL. Tratado de medicina interna. 16a. ed., Ed. Interamericana, Rio de Janeiro, Vol. 2. 1984.
4. WANDALSEN, N.F. e FERNANDES, P.M. Diagnóstico e terapêutica. Rev. Clínica Pediátrica S.P., 3(5):18-22. 1980.
5. ZANELLA, R.S. Acupuntura clínica geral. CRM 2703, Avenida Hercílio Luz, 59, sala 208.

ANEXO III

FEBRE

Com frequência encontramos pacientes apresentando febre com aspecto dominante da sua doença e nos quais permanece obscura a causa da febre, a despeito de estudos laboratoriais, radiológico e sorológicos apropriados para a detecção de infecções específicas. O problema não raro se tumultua pelo uso prematuro de agentes terapêuticos que alteram o curso da doença seja produzindo desfervescência temporária, seja induzindo uma reação febril tipo sensibilização. O problema da febre inexplícável servirá para ilustrar os princípios delineados na abordagem sistemática do paciente e a necessidade de elaborar um plano cuidadoso para o tratamento de uma determinada doença. O diagnóstico diferencial do paciente e a febre criptogênica merecem especial consideração, visto que representa um desafio constante e quase sempre aborrecido para o clínico.

Definição

Diz-se que um paciente tem febre criptogênica (origem desconhecida) sempre que não é possível estabelecer a causa da elevação de temperatura depois de um exame clínico minucioso e excluídas por essa definição, seja porque podem ser prontamente diagnosticadas, seja porque são autolimentadas. A história, o exame clínico, o hemograma, a radiografia do tórax e o exame de urina são suficientes para estabelecer um diagnóstico preventivo na maioria dos casos. As causas de febre de origem indeterminadas são tão variadas e numerosas que se torna difícil formular uma classificação prática para elas.

O seguinte quadro abaixo apresenta uma classificação simples e prática.

Quadro I

Causas da Febre

Criptogênica (origem desconhecida)

I - Infecções

A - Bacteriana

1. Estafilococo
2. Estreptococos (incluindo streptococcus faecalis).
3. Germes gram-negativos (germes entéricos, nusseria).
4. Bacteriemia anaeróbica mista (incluindo bacteróides).

B - Infecções localizadas com ou sem formação de abscesso.

1. Cardiovascular (endocardite bacteriana, pileflebite supurada, arterite piogênica).
2. Respiratória (abscesso pulmonar, empiema, bronquiectasia).
3. Abdominal (abscesso apendicular, abscesso hepático, abscesso sub-diafragmático, abscesso de psoas, angiocolite).
4. Genituvinária (carbúnculo renal, abscesso perinefrítico, prostatite, abscesso pélvico).
5. Neurológico (abscesso cerebral, abscesso epidural, meningite).
6. Músculo esquelético (osteomielite, artrite piogênica, piomiosite).

C - Infecções específicas:

1. Salmoneloses (tifóide, paratifóide).
2. Peste.
3. Infecções parasitárias (malária, filariose).
4. Infecções por requetsia.
5. Infecções por espiroquetas (sífilis, leptospirose).
6. Listeriose.
7. Infecções por vírus (virose).

D - Infecções granulomatosas

1. Tuberculose.
2. Infecções fúngicas (micose)
3. Sífilis

- 4. Brucelose
- 5. Tularemia
- 6. Lepra

II - Tumores (malignos ou Benignos)

- A - Hipernefrôma.
- B - Carcinoma do trato gastrointestinal.
- C - Carcinoma hepático (primitivo ou metastático).
- D - Carcinoma de pulmão da pleura.
- E - Mixoma, simulando endocardite bacteriana subaguda.

III - Doenças dos Órgãos Hematopoéticos e dos Gânglios Linfáticos

- A - Leucemia
- B - Distúrbios hemofilícos
- C - Abemia perniciososa
- D - Doença de Hodgkin e outros linfomas.

IV - Agentes Tóxicos e Alérgenos

- A - Medicamentos alergênicos (sulfamidas, penicilina, iodetos)
- B - Proteínas exógenas (soro de cavalo)
- C - Produtos de lesão tecidual:
 - 1. Infarto do miocárdio (inclusive a síndrome pós-infarto miocárdio).
 - 2. Infarto pulmonar.
 - 3. Gangrena dos membros.
 - 4. Necrose de tecidos com inflamação estéril remota.
 - 5. Acúmulo do sangue nas cavidades do organismo ou no trato intestinal.

V - Colagenoses (Doenças do colágeno)

- A - Febre reumática.
- B - Febre reumatóide.
- C - Lupo erimatoso sistêmico.
- D - Poliarterite nodosa.

- E - Polimiosite.
- F - Arterite de células gigantes.

VI - Diversas

- A - Sarcoidose
- B - Inflamação intestinal:
 - 1. Enterite regional
 - 2. Colite ulcerativa
 - 3. Doença de Whipple.
- C - Doenças metabólicas:
 - 1. Porfiria
 - 2. Gota
 - 3. Hipertireoidismo
- D - Febre familiar do mediterrâneo.

VII - Febre Artificial

A febre pode ser observada também em muitas situações não constantes dessa lista, como insolação ou a aplasia congênita das glândulas sudoríparas. Nesses episódios a causa da febre é geralmente óbvia e a temperatura anormal não é um aspecto importante a merecer estudo diagnóstico.

Febre é conveniente lembrar que uma febre de baixa intensidade nem sempre significa a ocorrência de estado mórbido. A temperatura do corpo pode elevar-se para mais que o normal durante o exercício ou em estado de excitação especialmente num ambiente aquecido. Alguns indivíduos em perfeito estado de saúde tem temperatura de um grau acima do normal, estado esse conhecido como HIPERTERMIA HABITUAL.

A temperatura corpórea normal, medida no reto, sofre uma variação diurna que vai de 36,8°C pela manhã cedo a 37,8°C no fim da tarde ou ao anoitecer. Na maioria dos pacientes febris a curva térmica tende a seguir o mesmo padrão, os níveis mais elevados ocorrendo à noite. Os picos de uma febre amplamente ondulante ou hética também são de ocorrência vespertina. As temperaturas retais são geralmente de um grau a mais que as de boca, assim como a temperatura axilar é um grau inferior à bucal.

É preferível verificar a temperatura na Região Retal, por ser a mais sensível.

Padrão e Grau da Febre: Os mecanismos termorregulares que operam através da circulação periférica e as glândulas sudoríparas geralmente erritam as elevações de temperatura capazes de ameaçar a vida, de modo que é raro observar a temperatura retal ultrapassando 41°C. Pode-se observar acentuada hipertemia em pacientes com insolação ou lesões do sistema nervoso central (meningite, acidente vascular cerebral, encefalite, tumor do hipotálamo, cirurgia cerebral e traumatismo da medula cervical). Outros estados mórbidos que às vezes produzem elevação térmica além de 41°C. São os linfomas, atrofia amarela aguda do fígado, crise tireoidiana, pancreatite pulmonante, e reações iotrogênicas.

As infecções que se acompanham de febre elevada (acima de 41°C são as do trato urinário, causadas por bacilos gram-negatitivos, as meningococemias, febre tifóide, brucelose, tularemia, tuberculose, malária, febre recorrente, e leptospirose. Inversamente, há infecções caracterizadas por febre discreta ou mesmo ausência de febre. Certas infecções micóticas disseminadas são acompanhadas de apenas ligeiro estado subfebril.

Excetuados esses exemplos, o grau de piroxia geral não é bom auxiliar diagnóstico, a sensibilidade ao fenobarbital pode produzir febre tão alta quanto a bacteriemia pneumocócica.

Às vezes, paciente que apresentam episódios recidivantes durante prolongado período gozam relativamente de boa saúde durante os intervalos apiréticos. Tal é o caso típico da FEBRE de PEL-EBSTEIN que ocorre em pequena percentagem de pacientes com doença de Hedgkin. Muitas outras entidades seguem esse padrão, incluindo a malária, febre recorrente, febre da mordedura do rato, algumas formas de pleurisia granulomatosa e pericardite, reações iatrogênicas, inflamações intestinais. é febre familiar do mediterrâneo. Entretanto a pesquisa de entidades menos esotéricas é muitas vezes compensadora. Em geral as infecções piogênicas localizadas no sistema biliar, geniturinário, gastrointestinal ou respiratória são responsáveis por estados febris obscuros e descontínuos. A obstrução biliar intermitente (febre biliar intermitente de Charcot), a prosteite,

a diverticulose e a bronquiectasia são muitas vezes descuidadas embora suscetíveis de tratamento.

Calafrios: Apesar de serem os calafrios frequentes companheiros das infecções bacterianas, especialmente na fase bacteriêmica, eles podem ocorrer também em casos de reações iatrogênicas, neoplasmas, doenças do colágeno, viroses e tratamento antipirético.

Por isso os calafrios pouco ajudam na identificação da causa de uma doença febril.

O diagnóstico diferencial das causas da febre criptogênica é as vezes bastante difícil, pois muitas doenças que se apresentam como febre não diagnosticada podem inibir manifestações clínicas semelhantes. Assim casos frequentes de Febre de Origem Desconhecida, tais como infecções crônicas, neoplasmas, distúrbios colagenovasculares, estados de hipersensibilidade medicamentosa. leucemias e doenças granulomatosas podem todos eles, fazer parte de uma moldura de sinais clínicos semelhantes, como emagrecimento, calafrios, sudorese, erupção cutânea, artrite, miosite, neurite, esplenomegalia, hepatomegalia e linfadenite. Esses estados mórbidos podem apresentar-se também com sintomas inespecíficos tais como irritabilidade, mal estar, fadiga fácil, cefaléia e anorexia.

A hipertemia requer tratamento de emergência sempre que a temperatura de um paciente adulto exceder 40,5°C. Com temperaturas acima de 40,5°C pode ocorrer uma coagulopatia de consumo, convulsões e outras manifestações de lesão cerebral grave.

A hipertemia dessa magnitude é mais comumente observada em uma das cinco condições abaixo e o tratamento depende em grande parte da doença subjacente.

1. Infecção

Uma hipertemia grave é capaz de se desenvolver e contribuir significativamente para a mortalidade em certas doenças sensíveis a atbcs - e. g., a pneumonia pneumocócica. Quando a temperatura passa de 40,5°C nessa condição, um banho energético com compressas de água fria ou álcool será iniciado, continuando até que a temperatura baixe para 39°C. O uso de salicilatos

ou de esteróides adrenocorticais deve, geralmente, ser evitado, pois a lise rápida induzido pelo medicamento pode causar uma hipotensão grave e prolongada.

2. Delirium Tremens.

Quando o delirium tremens ocorre numa temperatura ambiente elevada, observa-se frequentemente uma hiperpirexia extrema, importante causa de morte.

O paciente hipertérmico com delirium tremens sofre, amiúde de uma grave depleção salina. O tratamento inicial deve incluir uma reidratação rápida (a alternância de infusões de dextrose a 5% e solução salina isotônica é geralmente apropriada, mas utilizam-se outras soluções quando indicadas pela presença de distúrbios na concentração sérica do sódio, além de um banho vigoroso de compressa com água fria ou álcool, associado a ventilação do ambiente. A resposta da temperatura a essas medidas costuma ser rápida quando não existe infecção bacteriana subjacente.

3. Toxicidade Medicamentosa

Os anticolinérgicos interrompem a sudorese e podem precipitar a hipertemia, principalmente nas pessoas idosas ou nas que abusam do uso de medicamentos e tomam escopolamina, ou em pacientes debilitados por longos processos cirúrgicos. As anfetaminas induzem a hipertemia, a coagulopatia de consumo e, a nefropatia que pode responder às fenotiazinas e a diálise peritoneal.

A succinilcolina causa algumas vezes, fasciculações musculares intensas e rigidez muscular resistente ao curare, levando a hiperpirexia. Os membros de uma família com níveis séricos elevados de creatina-fosfoquinase e pirofosfato são suscetíveis a essa reação.

Crise Tireotóxica

As ações fisiológicas do hormônio tireoidiano estão longe de serem claras. Sua administração aumenta o consumo corporal

total de oxigênio e a captação deste pelos diversos órgãos , além disso doses altas de hormônio tireoidiano causam alterações morfológicas das mitocôndrias e aumentam as atividades enzimáticas de vários sistemas bioquímicos.

Recentemente, dois dos efeitos tireoidianos têm sido bastante estudados: 1º) a ativação pelo hormônio da liberação de ácido graxo (AGL) do tecido adiposo, aumentando assim, uma fonte de energia importante para o músculo esquelético; e 2º) a velocidade aumentada de incorporação de aminoácidos em proteína em sistemas in vitro. Em concentrações fisiológicas, o hormônio pode ser anabólico para as proteínas e catabólico para os lípidos, atuando sinergicamente com as catecolaminas. Em doses farmacológicas ele provoca o banho negativo com intensa creatinúria e uma variedade de efeitos semelhantes aos da adrenalina, inclusive taquicardia, aumentos da taxa do metabolismo, sudorese excessiva, intolerância ao calor (pele quente e úmida).

5. Interação

A população suscetível é formada principalmente por 3 grupos:

A - pessoas idosas com doença vascular degenerativa:

B - Militares ou atletas que foram submetidos a exercícios extenuantes com roupas pesadas e sem um condicionamento prévio adequado;

C - Pacientes que estão recebendo doses entre moderadas e altas de atropina ou de substâncias análogas à atropina. A interação geralmente ocorre após uma exposição prolongada de pessoas a temperaturas e umidade ambientais incomumente altas. Esses pacientes em geral aparecem no 3º ou 4º dia de grande calor. Os sintomas prodrômicos (fraquesa, náuseas, letargia, comportamento impróprio) frequentemente precedem a onda de calor em 24 a 36 horas. A temperatura retal costuma estar acima de 41°C embora o paciente possa estar sentindo frio por causa do colapso vascular periférico. A pressão sanguínea varia desde a normalidade até níveis característicos de choque profundo com ausência de pulsos periféricos. O turgor da pele amiúde parece normal. A sudorese está ausente mas a pele é capaz de

estar úmida devido às roupas ainda molhadas da sudorese anterior. Os sinais relacionados ao sistema nervoso central variam da letargia ao coma profundo com rigidez de descerebração; da mesma forma que no coma hipoglicêmico, os sinais neurológicos de localização, usualmente presentes, podem conduzir ao diagnóstico incorreto de acidente vascular cerebral.

O tratamento agudo envolve o resfriamento rápido e medidas para manter a ventilação e a circulação. O resfriamento é adequadamente alcançado pela imersão do paciente num banho de água fria até que a temperatura caia para 39°C. A depleção salina, pode ser responsável primariamente pela hipotensão, e uma reposição de sais deve ser rapidamente realizada com cuidadosa monitorização da pressão venosa e frequente ausculta dos pulmões. Os agentes pressores não devem ser empregados, a menos que a infusão salina não consiga restaurar a pressão sanguínea. A temperatura deve ser monitorizada continuamente, pois o enfermo pode permanecer poicilotérmico durante vários dias. Os padrões eletrocardiográficos e eletrolíticos devem ser seguidos de perto, visto que uma acidose grave e hipercalemia podem desenvolver-se rapidamente e uma hipermatremia significativa é capaz de ocorrer enquanto o suor hipotônico é repostado em uma solução salina isotônica.

As complicações tardias podem incluir insuficiência renal aguda pelo choque e fenômenos hemorrágicos provocados pela depressão de vários fatores coagulantes.

Febre (Sheldon M. Wolff)

Introdução

A febre é um dos sintomas mais comuns encontrados pelos médicos. Na grande maioria dos pacientes a febre é secundária a um processo infeccioso, frequentemente de origem virótica. Em tais pacientes, o estado febril é autolimitado e é necessário relativamente pouco em termos de investigação diagnóstica ou terapêutica. Entretanto, quando a febre persiste por mais alguns dias ou é excessivamente alta, indica-se então uma avaliação mais completa. Certos aspectos do paciente febril são dignos de ênfase. Por exemplo, a febre nunca é manifestação única de uma doença. Sintomas constitucionais tais como cefaléia, mialgias, ou indisposição quase sempre acompanham a febre. Além disso, exceto em raras circunstâncias, o tipo ou padrão da febre não é diagnóstico. Quando uma febre de padrão cotidiano ocorre em situações próprias, então a malária deve ser lembrada. Doenças por vírus podem causar febre hética acompanhadas por calafrios e serem indistinguíveis da resposta de pacientes com bacteremia ou fungemia. Assim, quando examinamos um paciente com febre indica-se a realização de uma história cuidadosa, um completo exame físico e observação intensa.

Alguns pacientes com doença febril têm sintomas persistentes (e febre) por mais de duas semanas a despeito de avaliação completa por história, exame físico e testes laboratoriais, incluindo culturas apropriadas de sangue, escaço, urina e se indicado fezes. Tais pacientes podem ser considerados como tendo uma febre de origem indeterminada (FOI), e requererão avaliação intensiva.

Quando se tenta determinar a causa da febre prolongada, deve-se considerar o amplo espectro de doenças que causam febre. Fatores tais como: Idade

Fatores sociais e econômicos

Geografia e

Exposição recente. São todos determinantes importantes das causas da febre prolongada na grande maioria dos pacientes com "FOI", uma causa de base é descoberta ou o paciente recupera-se espontaneamente.

Febre - Definição e Patogênese (Charles A. Dinarello)

"Febre é uma elevação de temperatura acima da amplitude normal de variação diária. A febre é reconhecida como uma resposta a um processo patológico, e por isso a medida de temperatura corporal é um dos procedimentos clínicos mais frequentemente realizado quando se suspeita de doença. As infecções estão mais comumente associadas a febre, mas diversas doenças, não-infecciosas podem ter também a febre como sua primeira apresentação clínica. Embora a vasta maioria de pacientes com temperatura corporal elevada esteja experimentando febre, existem alguns exemplos em que a temperatura elevada não é febre, porém mais corretamente uma hipertemia. Esses exemplos, incluem as síndromes de intermação, certas doenças metabólicas e os efeitos de agentes farmacológicos que interferem na termorregulação.

Diferença: Febre X Hipertemia

A diferença entre febre e hipertemia é melhor entendida ao nível hipotalâmico e o termostato doméstico pode ser usado como analogia para compreender o controle hipotalâmico da temperatura do corpo. o centro termorregulador localizado no hipotálamo anterior e posterior regula a temperatura interna em torno de 37°C, principalmente pela sua capacidade de balancear a produção e a perda periférica de calor.

Durante a febre, a marcação do termostato no centro hipotalâmico desvia para cima, por exemplo de 37°C para 39°C. Isso resulta em sinais do hipotálamo posterior para aumentar a produção de calor e diminuir a sua perda periférica. A produção de calor pelos tremores musculares e sua conservação pela vasoconstrição periférica continuam até que a temperatura do sangue que supre o hipotálamo iguale a colocação mais alta do termostato. Diferentemente da febre, a marcação do centro termorregulador permanece em seus níveis normotérmicos sem ser mudado durante hipertemia, enquanto que, de uma maneira descontrolada, a temperatura corporal aumenta e vence a capacidade de perder o calor. A exposição do calor exógeno (intermação) e a produção de calor endógeno (hipertemia maligna) são dois meca-

nismos pelos quais a hipertermia pode resultar em temperaturas internas perigosamente altas. As drogas que interferem na sudorese ou na vasodilatação e previnem assim a perda normal de calor, também produzem hipertermia.

Em comparação com febre, a hipertermia é uma causa muito mais rara para temperatura corporal elevada, mas apesar disso é importante fazer a distinção. A hipertermia pode ser rapidamente fatal, e seu tratamento difere daquele da febre. A aspirina e outros antipiréticos são muitas vezes contra-indicados para reduzir a elevação da temperatura causada pela hipertemia.

Patogênese - Causas

As febres experimentais, iniciadas nos meados do século XIX, tem sido produzidas no homem utilizando-se uma variedade de agentes. Desde aquela época foram reconhecidas, além dos agentes infecciosos, diversas substâncias que causam febre. A mais difundida e potente delas é o lipopolissacarídeo de bactérias gram-negativas, também chamadas endotoxina. A endotoxina produzirá febre no homem quando a quantidade tão pequena quanto 2 ng por quilograma for injetado endovenosamente. Muitas das febres produzidas durante o uso inicial de fluídos intravenosos foram na verdade, devidas a contaminação por endotoxina. Outras substâncias que produzem febre incluem materiais derivados de agentes microbianos polinucleotídeos sintéticos, certos produtos de degradação de androgênios como a etiocolanona, sangue incompatível e produtos de sangue.

Tornou-se costumeiro referir-se a endotoxina e outras substâncias que produzem febre como pirógenos exógenos. Os pirógenos exógenos não partilham estrutura físico-química ou biológica comum e são derivados de origem microbiana e não-microbiana.

Em geral, os pirógenos exógenos não afetam diretamente o hipotálamo, mas ao contrário produzem febre através da ação da molécula de um mediador, o pirógeno endógeno.

O pirógeno endógeno pode ser prontamente demonstrado na circulação durante a febre em animais de experimentação, entre tanto a substância ainda tem que ser detectada circulando durante a febre no homem. Isso pode ser devido a certos fatores tais como habilidade em baixa concentração do pirógeno no san

que humano. Não obstante indivíduos infetados com pirógenos en dogeno respondem com calafrios e peritoneal e articular, e é produzido prontamente in vitro quando fagócitos humanos são es timulados.

A maioria das substâncias que produzem febre quando injeta das no homem induz a liberação de pirógeno in vitro.

Diagnóstico

Os indivíduos mantêm a temperatura corporal em torno de 37°C, apesar de grandes variações nas temperaturas ambientais. Para alguns indivíduos, a temperatura corporal pode estar abaixo ou acima de 37°C, sem constituir um processo patológico. Durante um período de 24 horas, a temperatura corporal varia de um ponto baixo no início da manhã aos níveis mais altos entre 16 e 18 horas. A amplitude dessa variação diária, também chama da ritmo circadiano de temperatura, é de cerca de 0,6°C e os indivíduos mantêm seu ritmo circadiano pro toda a vida, apesar de ataques interpostos e doenças prolongadas. Uma elevação de temperatura diária de um indivíduo acima da amplitude normal é considerada febre. O quadro da temperatura baixa pela manhã e alta à tarde pode ser observado ainda durante a febre. Em situação ocasional em que a temperatura elevada é na realidade hipertemia, esse ritmo está ausente. Um diagnóstico de hipertemia é feito muitas vezes por causa de uma história progressã de exposição ao calor ou uso de certas drogas que interferem na termorregulação normal. Alguns pacientes com feocromocitomas ou com hipertireoidismo apresentarão temperaturas elevadas, e a falta de ritmo circadiano aparenta mais que hipertermia do que febre.

Existe outro grupo de pacientes no qual o ponto de marcação hipotalâmico está elevado devido a trauma local, hemorragia, invasão por tumor, ou disjunção hipotalâmica intrínseca.

O termo "febre hipotalâmica" é usado as vezes para descrever temperatura elevada causada por junção hipotalâmica anormal. Nos pacientes em que se suspeita de febre hipotalâmica, o diagnóstico depende da demonstração de outras junções hipotalâ micas anormais, tais como produção de fatores liberadores hipo talâmicos, resposta anormal ao frio e ausência de ritmo circa

diano.

Manifestações da Febre

Os sintomas subjetivos da febre, incluem sensações de sentir-se frio ou quente, dor de cabeça, mialgias, artralgias e mal estar geral. Os sinais objetivos, além da temperatura elevada, incluem frequência respiratória, pressão do pulso alargado e frequência cardíaca rápida. Existem entretanto exceções. Pacientes com febre tifóide e certos tumores hipotalâmicos - apresentam frequência de pulso mais baixo do que a esperada durante a febre. Além disso, certos achados de laboratório estão alterados na febre. O mais observado entre eles é a velocidade de hemossedimentação aumentada, resultante de níveis elevados de haptoglobina, fibrinogênio, ceruloplasmina e proteína creativa.

Essas substâncias são muitas vezes chamadas "reagentes" de fase aguda e são responsáveis pela elevação de alfa 2 globulinas vista na eletroforese de proteína sérica.

A febre causada por doenças infecciosas, tóxicas ou imunológicas raramente excede 41,1°C e existe evidência clínica, assim como em animal, de que o ponto de marcação hipotalâmica para a resposta do pirógeno tem um teto térmico. Febre extremamente alta (hiperperexia), entretanto pode ocorrer em qualquer paciente com doença significativa, mas ela é observada frequentemte em alguns pacientes com hemorragia do S.N.C. Em geral, existem apenas poucas condições clínicas nas quais a temperatura moderadamente elevada é nociva. Elas estão em pacientes com doença do S.N.C., função cardiovascular diminuída, história prévia de convulsão febril e distúrbios mentais, e em mulheres grávidas.

A temperatura elevada agrava o edema cerebral, baixa o limiar de convulsão, e leva os pacientes com distúrbios mentais preexistentes à descompensação.

Exigência de oxigênio, débito cardíaco e frequência do pulso aumentados associados à febre são particularmente perigosos para pacientes com um miocárdio comprometido. Evidência recente sugere que a febre é também teratogênica para o feto em desenvolvimento.

Tratamento

A maioria dos indivíduos com febre causada por doenças infecciosas, tais como infecções do trato respiratório superior, ou síndromes gripais, experimenta sintomas desagradáveis e trata sua febre com antipiréticos. Não existe evidência de que uma temperatura moderadamente elevada seja prejudicial a pacientes que não estejam num dos grupos em risco acima citados. Muitas vezes, é preferível retirar a terapêutica antipirética de modo que a febre possa ser usada como índice de melhora ou de piora da doença. Por outro lado, não existem dados no homem sugerindo que a febre seja benéfica, embora em alguns modelos animais a sobrevivência para certas bacteriemias esteja aumentada nos febris, quando comparados com animais normotérmicos. Atualmente existe interesse renovado no uso de hipertermia para tratar doenças, particularmente os cânceres disseminados. Nessas situações, haveria aspectos benéficos de temperatura elevada para certos mecanismos de defesa do hospedeiro, assim como efeitos lesivos de temperatura alta sobre algumas células neoplásicas. Na maioria dos estados clínicos, o uso isolado de antipiréticos é suficiente para reduzir a febre. Os antipiréticos reduzem apenas o ponto elevado de marcação hipotálamica da febre induzida por pirógeno. Em adultos febris uma única dose (600 a 900 mg) de acetaminofen ou de aspirina reduz a temperatura corporal a níveis normais em três a seis horas. Os picos de níveis plasmáticos das drogas variam consideravelmente entre uma a cinco horas após administração oral. Em pacientes com níveis de 0,5 mg ou menos por decilitro, não se pode esperar nenhum efeito antipirético.

Diversos métodos físicos podem ser usados também para reduzir a temperatura corporal. O mais comum é o uso de compressas de água ou de álcool. O uso de compressas geladas reduz a temperatura corporal mais rapidamente do que com água tépida ou com mistura de água e álcool. O uso de quartos com ar condicionado, ventiladores e cobertas refrescantes, também reduzirá a temperatura interna, facilitando a condução do ar e do calor da superfície cutânea. Qualquer método físico no qual o calor é removido do corpo pode estabelecer exigência fisiológica considerável sobre o indivíduo. Por exemplo, se os métodos fisi

cos são usados para reduzir a temperatura interna, ao tempo em que o ponto de marcação hipotalâmica permanece elavado, po de ocorrer calafrio e vasoconstrição a medida que o impulso hi potalâmico para aumentar a temperatura interna compete com a remoção periférica de calor. Assim, a circunstância ideal para reduzir a temperatura corporal durante a febre combina o uso de um antipirético que baixa o ponto de marcação hipotalâmica com métodos físicos que promovam a dissipação de calor. Em al gumas circunstâncias métodos excessivamente zelosos para redu zir febre podem levar a hipotermia. É o caso, muitas vezes , quando fenobarbital, clorpromazina ou grandes doses de corti costeróides são administrados conjuntamente com antipiréticos e compressas. Esses agentes apresentam efetio central sobre a termorregulação e induzem hipotermia em indivíduos expostos ao frio. Falando genericamente o homem tem maior tolerância a hi potermia do que a hipertermia.

Qualquer paciente com febre de 41,1°C (hiperpirexia) re quer cuidado médico urgente. Para alguns pacientes com doença cardiovascular, pulmonar ou do S.N.C. preexistentes, ou em crianças que tenham tido convulsão febril, a temperatura, na qual o indivíduo esteja em risco pode ser consideravelmente mais baixa. É importante considerar antes de tudo o aspecto clínico e o estado médico prévio do paciente. Esforços para reduzir a hiperpirexia deve ser instituídos com rapidez antes que altera ções fisiológicas secundárias a temperatura alta prolongada - produzem morbidez significativa.

Essas alterações podem incluir acidose, hipovolemia, arrit mia cardíaca, alcalose respiratória e de contração e anormalidade e eletrólitos.

CUIDADOS NA FEBRE "CORRENTE HOMEOPATA"

"O homem hoje perde cada vez mais a compreensão dos fatores primordiais que regem a vida, ou seja, saúde e enfermidade. É um sintoma alarmante, pois se alheia cada vez mais da Natureza, perdendo o instinto natural do seu corpo, que lhe permite distinguir o que é benéfico do que é nocivo. Atualmente, uma doença qualquer - mesmo tratando-se de um resfriado fêbril inócio - torna-se importuna e perigosa, a qual as pessoas em geral logo tratam de eliminar mediante vacinações ou medicamentos paliativos e supressivos, que "mascaram" a doença.

Existe uma razão de ser da febre, inclusive dos sintomas que a acompanham na doença, sendo de relevância essencial para o desenvolvimento humano.

E quando as crianças adoecem os pais, como que impresionados, dirigem toda a sua atenção àquela face da enfermidade que oferece um aspecto negativo e perigoso; sendo uma atitude receosa bem compreensível, diante da responsabilidade que sentem pela criança. Mas quando exagerada, surge uma situação confusa e sem bom senso, exigindo do médico um combate imediato à febre. Assim, muitos pais querem julgar a competência do médico pela rapidez com que faz baixar ou desaparecer a febre. Esta atitude resulta da suposição errônea de que febre, por si só, é uma doença.

Em algumas doenças agudas pode-se observar em alguns casos a perda do caráter dramático pelo uso de medicamentos supressores e radicais. Porém, são bem frequentes os casos em que o paciente, passando por este tratamento, não consegue "restabelecer-se" e, possivelmente, se queixa de outros padecimentos, dado ao fato de que os sintomas primitivos não foram realmente curados, tendo sido apenas suprimidos, ou "mascarados". Isto muitas vezes ocorre em doentes que querem cortar a febre de modo imediato com antitérmicos em geral.

É preciso entender que a febre não é a razão de ser da enfermidade, e sim, constitui uma arma no combate à doença.

"Febre não passa de sinal de alarme e defesa do organismo. Hoje em dia sabemos com certeza que febre é o contrário de doença, isto é, que a febre faz parte do mecanismo de defesa contraa doença infecciosa (Profº Westphal-Alemanhã). - Se todos

praticassem o que foi verificado sobre a febre, evitar-se-ia muita calamidade, resultante de uma supressão precipitada e irrefletida da febre.

Quando a febre é cortada prematuramente com antitérmicos, há mais possibilidade de surgirem complicações, doenças crônicas subsequentes, e, principalmente, retardos da coalescência. O organismo, frequentemente não consegue tornar-se imune contra a respectiva doença.

A missão do médico não consiste no combate à febre, mas em exercer uma vigilância sobre o processo biológico da febre, para que esta febre como agente de cura.

O médico não deve trabalhar contra a febre, mas sim com a febre, já que esta, para ele, constitui um elemento importante de cura.

A febre se relaciona muito com a infância, ora fazendo parte de doenças típicas infantis (sarampo, catapora, etc) ora ocorrendo sem moléstia e repentinamente. Durante a febre o metabolismo corporeo esta em grande atividade. As proteínas são catabolizadas por não corresponderem mais ao desenvolvimento da criança, isto é, existem proteínas "envelhecidas", que necessitam serem dissolvidas e eliminadas pela ação do calor. O organismo infantil constantemente tem que formar sua proteína individual e se reestruturar, pois inicialmente possui muitas proteínas de origem materna.

Assistência de Enfermagem à Clientes com Hipertermia Segundo Marcondes, Llorens, Cecil, Wandalsen

1. Expor a pele ao ar, deixando o cliente vestido com tecidos de algodão ou outros tecidos absorventes e evitar aquecimentos, agasalhos, cobertores.

2. Banho de esponja com água morna. A temperatura é reduzida pela evaporação da água, atritando a pele com a água, a temperatura do corpo é mais eficaz e confortante para o indivíduo. Não se deve usar água fria porque, esta acarreta vaso constricção e tremores elevando assim a temperatura central. Deve-se evitar o álcool pois o vapor pode ser tóxico para o cliente.

3. Manter a hidratação, visto que a febre aumenta as neces

sidades hídricas.

4. Uso de antitérmicos, incluindo aspirina ou acetaminofen. A aspirina não deve ser usada em clientes abaixo de 1 ano de idade e quando necessária deve ser com precaução. Tem efeito complexo sobre o metabolismo, produzindo acidose metabólica e outros efeitos tóxicos, e a excreção é deficiente nas crianças, tornando-se mais vulnerável aos efeitos colaterais. Além disso, alguns sinais de toxicidade (hiperventilação, sudorese, febre, vômito e irritabilidade) assemelham-se aos sintomas da doença e podem não ser reconhecidos como efeitos colaterais.

A superdosagem e o tratamento prolongado acarreta intoxicação grave. Embora o acetaminofem tenha efeito tóxico quando usado em dose excessiva, a dose terapêutica é mais segura e portanto mais recomendada do que a aspirina, particularmente em lactentes.

5. Verificar sinais vitais principalmente: temperatura, para avaliação constante do quadro de hipertermia apresentado pelo cliente.

6. Cuidados específicos se deve ter com clientes que apresentam febre com $41,1^{\circ}\text{C}$ (hiperpirexia) ou clientes portadores de doença cardiovascular ou crianças que tenham tido convulsão febril.

Nesses casos há necessidade de cuidados médicos urgente e vários esforços que devem ser feitos para reduzir imediatamente a febre.

ANEXO IV

CEFALÉIAS

Aspecto Neurológico

A dor de cabeça representa um dos sintomas mais comuns entre todas as queixas dos pacientes em qualquer especialidade clínica. Pode representar uma manifestação de doença neurológica mais frequentemente tem etiologia determinada, ou decorre de problemática emocional.

As estruturas sensitivas, segundo Wolff, que levam a dor no crânio são: as partes moles extracranianas, como pele, tecido celular subcutâneo, músculos de couro cabeludo e nuca, arborização de artérias e veias extracranianas, periosteo extracraniano, as artérias durais, principalmente a artéria meningea média e as artérias de pelígono de Willis, a porção de dura-máter situada na base do cérebro, como também as faces superior e inferior da tenda de cérebro, o revestimento aracnóide das artérias da base do crânio, os nervos cranianos 5º, 7º e 10º e os três primeiros nervos cervicais. Em contraposição o parênquima cerebral, as pequenas artérias superficiais do córtex, grande parte da dura-máter, como também, quase toda a pia-aracnóide e o revestimento empeditório dos ventrículos com seus plexos corioides são insensíveis a dor. Wolff também descreveu 6 mecanismos básicos responsáveis pela etiologia das cefaléias:

1. Tração das veias que chegam aos seios venosos da superfície cerebral e deslocamento dos grandes seios venosos.
2. Tração dos ramos da artéria meningea média ou da própria artéria isolada.
3. Tração das artérias da base do cérebro ou dos seus principais ramos.

4. Distensão e dilatação das artérias intracranianas.

5. Inflamação em qualquer ponto das estruturas intra ou extra-cranianas, capazes de produzir dor.

6. Compressão de nervos sensitivos cranianos ou cervicais.

Esses mecanismos isolados ou combinados, explicam a sintomatologia geral da maioria das cefaléias.

Quase sempre está associado a esses mecanismos o fator emocional presente como traço básico da personalidade em si em cada queixoso de cefaléia.

A classificação das cefaléias apresentada é a empregada pelo Comitê de Classificação das Cefaléias do Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e Cegueira, Bethesda.

Classificação das Cefaléias

1. Cefaléia Vascular ou Tipo Enxaqueca:

- A - Enxaqueca clássica.
- B - Enxaqueca comum.
- C - "Cluster"
- D - Enxaqueca oftalmológica ou hemiplégica.

2. Cefaléia de contração muscular.

3. Cefaléia por mecanismo combinado: vascular e de contração muscular.

4. Cefaléia de reação nasal vasomotora.

5. Cefaléia psicogênica: de conversão, desilusão, ou estados hipocondríacos.

6. Cefaléias vasculares não enxaquecosas:

- A - Cefaléias de doenças sistêmicas.
- B - Cefaléias de desordens várias (intoxicações)
- C - Abscessos
- D - Pseudotumor cerebral e outras causas de edema cerebral
- E - Pós-punção lombar.

7. Cefaléias secundárias à inflamação de estruturas cranianas:

A - Intracranianas

B - Extracranianas

8. Cefaléia secundária a doenças de estrutura vascular.

9. Cefaléia secundária a doenças do seio da face.

10. Cefaléia secundária a doenças dentárias.

11. Cefaléia secundária a doenças de outras estruturas cranianas ou do pescoço.

12. Cefaléia secundária a neurites cranianas.

13. Cefaléia secundária a neuralgias cranianas.

As cefaléias que mais aparecem na clínica neurológica diária são as cefaléias vasculares, as de tração e as cefaléias psicogênicas.

A mais comum das cefaléias vasculares é a enxaqueca clássica. Apresenta uma fase prodrômica caracterizada por fenômenos visuais, em que podem aparecer exotomas sintilantes e nemianopsias transitórias precedendo de alguns minutos ou mesmo acompanhando o aparecimento da cefaléia propriamente dita. Em alguns casos pode aparecer sintomatologia psíquica, precedendo, de várias horas, a crise. Entre essas alterações, a mais frequente são:

Irritabilidade

Euforia

Depressão e também sensibilidade exagerada a ruídos.

Seguindo-se essa fase prodrômica, aparece a cefaléia, que é mais frequentemente localizada na região frontotemporal ou periorbitária. As vezes adquire caráter pulsátil, podendo acometer um só lado da cabeça, vindo daí a denominação comumente de hemicrânia. Aos sintomas dolorosos podem associar-se sintomas vasomotores, caracterizado por palidez, sudorese e calafrios.

Também é comum o aparecimento de fotofobia intensa, náuseas e vômitos. Geralmente após vomitar, o paciente melhora da dor. Esta atinge um máximo de intensidade em 02 horas, vindo a melhorar gradativamente. Após a crise dolorosa é comum o aparecimento de certa astenia e sonolência, acompanhada de hiperalgesia local.

Menos comum que a enxaqueca clássica são os outros tipos de cefaléias vasculares; entre eles a enxaqueca comum que é mais

benigna e decorrem fenômenos visuais; na enxaqueca oftalmoplégica ou hemiplégica ocorrem oftalmoplegias ou hemiplegias, transitórias; na cefaléia tipo "cluster" ocorrem surtos sucessivos de dor intensa, em geral unilaterais, associados a rubor da hemiface, sudorese, rinorréia, lacrimejamento.

As cefaléias de tração, que também interessam enormemente ao neurologista, são devidas a um substrato mais grave, como a que ocorre na síndrome clássica de hipertensão intracraniana, acompanhada de vômitos e edema de papila. Essa é contínua e intensa e tão violenta que em alguns casos o paciente tenta suicídio; geralmente isso não ocorre, pois ele entra em obnubilção mental, ficando inerte e sem forças para reclamar a dor.

A cefaléia pós-punção lombar é rara, desde que o paciente que foi submetido a punção obedeça as normas recomendadas, isto é, repouso de 48 horas no leito sem travesseiro. O mecanismo básico deste tipo de cefaléia é a hipotensão intracraniana.

Entre os outros tipos de cefaléias, as mais comuns são aquelas produzidas por mecanismos emocionais. O stress, a ansiedade, a frustração, a hostilidade reprimida, os sentimentos de culpa, são as causas mais frequentes. Estas necessitam de ajuda psicoterápica especializada.

Normalmente após o diagnóstico de cefaléoa e avaliando-se cada caso em si, há necessidade de exploração complementar mediante eletroencefalograma, radiografias de crânio mais frequentes e menos comumente exames do líquido cefalorraquiano, neurooftalmológico e neuroradiológicos contrastados, que só são efetuados naqueles casos em que há agressão mais severa do S.N.C., como ocorre nos portadores de hipertensão intracraniana.

O tratamento das cefaléias, é feito inespecificamente com os analgésicos comuns, de uso diário, e mais especificamente na dependência de sua etiologia. Assim, nas formas vasculares, o tratamento clínico consiste na administração de ergotamina e seus derivados. A psicoterapia, quando bem indicada e realizada, é feita com sucesso nas cefaléias psicogênicas, tão comumente observadas na vida atual. A cefaléia da hipertensão intracraniana é objeto de considerações à parte.

Guia para a Atuação da Enfermagem com relação ao
Paciente com Dor

I - Avalie as respostas comportamentais do paciente quanto à dor.

1. Identifique a fase ou fases (antecipação, presença, consequência) que o paciente experimenta.

2. Durante cada fase da experiência com a dor, observe todas as respostas comportamentais, usando o seguinte roteiro:

- a) manifestações fisiológicas
- b) afirmações verbais
- c) comportamentos vocais
- d) expressões faciais
- e) movimentos corporais
- f) contato físico com outros
- g) alterações na resposta ao meio ambiente

3. Use as respostas comportamentais do paciente para determinar o seguinte:

- a) intensidade da dor
- b) tolerância à dor
- c) características, como localização, duração, ritmicidade e qualidade
- d) o que o paciente acredita que o ajudará na dor
- e) As preocupações do paciente quanto à dor
- f) qualquer padrão comportamental do paciente, isto é, comportamentos que tenda a exibir repetidamente.

II. Observe os fatores que influenciam cada um dos seguintes itens:

- 1. A presença de cada fase da dor.
- 2. A natureza da(s) sensação(ões) dolorosa(s).
- 3. As respostas comportamentais do paciente, incluindo suas preocupações e crenças.

III. Organize os dados mais pertinentes da obserção do paciente.

1. Identifique as fases e a natureza da dor e os fatores - que influenciam a existência dessas fases e a natureza de tal (tais) sensação(ões).

2. Descreva as respostas comportamentais do paciente duran

te cada fase da dor e identifique os fatores que ajudam a explicar por que o paciente adota tal comportamento.

IV. Planeje e coloque em ação a intervenção da enfermagem, a fim de auxiliar o paciente em sua experiência com a dor.

1. Identifique os objetivos realísticos da intervenção da enfermagem.

2. Use as seguintes categorias de atividades de enfermagem como guia para selecionar e realizar as medidas que alterarão os fatores que influenciam as experiências e comportamentos do paciente durante cada fase de sua dor e quais são as respostas adequadas para o seu comportamento.

- a) estabeleça uma relação com o paciente que sente dor.
- b) ensine-o a respeito da dor.
- c) use a situação paciente-grupo.
- d) lide com as outras pessoas que estejam em contato com o paciente.
- e) forneça outros impulsos sensoriais.
- f) promova repouso e relaxamento
- g) use a terapia comportamental
- h) administre agentes farmacológicos
- i) use analgesia imaginada
- j) diminua os estímulos nocivos
- l) utilize outro auxílio profissional
- m) permaneça com o paciente
- n) explique que a fonte dos estímulos nocivos foi removida ou diminuída.
- o) auxilie na assimilação da experiência com a dor.

3. Selecione várias atividades de enfermagem, lembrando que o estabelecimento de uma relação com o paciente que sente dor e os esclarecimentos acerca dela são básicos para a eficácia de todas as outras medidas de alívio.

V. Avalie a eficácia da intervenção da enfermagem.

1. Compare as respostas comportamentais do paciente, anteriores à intervenção, com as posteriores.

2. Modifique a intervenção da enfermagem de acordo com os resultados da avaliação e da modificação do estado do paciente.

ANEXO V

NÁUSEAS

A náusea é a sensação de mal-estar com desejo de vomitar. "Náusea" é um substantivo. "Nauseado" é um adjetivo, e para descrever um paciente que está nauseado, diz-se que ele está enfermo ou enjoado. A expressão mais apropriada é a de que o paciente tem náusea, o paciente está nauseado ou a náusea está presente.

A náusea é sentida através da garganta, ou na porção alta do estômago ou em ambos. A náusea é acompanhada por distúrbios autonômicos e vasomotores que resultam em sensação de desfalecimentos e fraqueza, salivação, palidez, perspiração e taquicardia. Anorexia, vertigem e dor de cabeça estão comumente associados à náusea. A ânsia de vômito que é um movimento improdutivo dos músculos que ordinariamente produzem o vômito, também em geral está presente.

Acredita-se que o aumento da tensão, dilatação e pressão nas paredes do estômago e duodeno são responsáveis pela sensação de náusea. Também, a distensão da porção mais baixa do esôfago produz náusea. Se por qualquer razão o estômago descer, a tensão nesta área geral do trato gastrointestinal se apresenta, seguindo-se a náusea. Este último fenômeno é tido como responsável quando coisas como odores ofensivos e mudanças rápidas na velocidade de um elevador provocam ondas de náusea. A náusea associada a indisposição devida ao movimento parece ser resultante da estimulação do canal semicircular. Algumas drogas e dores fortes também podem causar náuseas.

ANEXO VI

VÔMITOS

O vômito é a expulsão forçada dos conteúdos gástricos através da boca. É também conhecido como êmese. O vômito é um sintoma comum e complexo associado a numerosas entidades clínicas. É um ato reflexo que exonera o trato gastrointestinal superior de seus conteúdos. Tais conteúdos são referidos como vômitos. Vomitar é um mecanismo de proteção que possibilita ao organismo de livrar-se de conteúdos irritantes.

Vômito em fato é a expulsão do vomito com grande força, em geral sem a presença de náusea. O vômito persistente e intratável é denominado de vômito perniciosos.

A súbida dos conteúdos estomacais para a garganta e para a boca, sem o esforço para vomitar, denomina-se regurgitação. Isto ocorre comumente entre os lactentes, quando acredita-se, o lactente cospe o excesso do alimento. A eructação ou arroto é a saída de gás do estômago através da boca.

A parte do trato gastrointestinal mais sensível aos estímulos que produzem o vômito é a primeira porção do duodeno. Entretanto, o estímulo suficiente em quase todas as porções do trato pode produzir o vômito. Por exemplo, a irritação mecânica da faringe e da garganta produz vômito na maioria das pessoas. A irritação de uma obstrução em qualquer parte ao longo do trato intestinal, muitas vezes, produz vômito violento.

Quando ocorre uma estimulação anormal de outros órgãos do corpo, o vômito em geral também está presente. Isto pode ser observado quando uma lesão ou doença afetam o útero, os rins, o coração, os canais semicirculares ou o cérebro. A pressão intracraniana geralmente produz vômito violento, em fato por natureza. Este é um sinal significativo de deterioração e o médico deve ser notificado quando isso ocorrer.

Estímulos físicos para o vômito incluem odores nauseantes, visões, sabores, pensamentos e assim por diante.

Foi demonstrado que o centro do vômito está localizado na medula oblongata. Perto do centro está a zona em gatilho, que aparentemente coleta impulsos de irritantes químicos, sendo as drogas um exemplo, que por sua vez produzem o vômito.

Outros impulsos eventualmente alcançam o centro provenientes do cortex e de outras áreas do corpo, os trajetos exatos sendo em grande parte indeterminados. Alguns especialistas acreditam diretamente, exceto por irritantes químicos, as vias eferentes do sistema nervoso central conduzem impulsos que influem no ato mecânico do vômito.

O mecanismo do vômito geralmente começa com algumas poucas inspirações profundas. A glote é fechada e a nasofaringe é isolada pela elevação do palato mole. As contrações musculares diafragmáticas e abdominais iniciam e ajudam a forçar o aumento proveniente do trato. A respiração cessa temporariamente e a glote se fecha, a medida que ambos os mecanismos ajudam a prevenir a aspiração do vômito no trato respiratório. No paciente inconsciente, a glote não se fecha aumentando portanto o problema do vômito com o perigo de sua aspiração respiratória.

Tratamento

- Necessariamente etiológico, quer clínico, cirúrgico, dietético, medicamentoso ou psiquiátrico.

- Medicação sintomática: evita as consequências graves e diminui o desconforto.

Tratamento Dietético

- Interromper a administração de alimentos por algumas horas variando o período de jejum com a gravidade do sintoma.

- Realimentação progressiva: quantidade menor de alimento, tem menor concentração e usando os alimentos de menor digestibilidade.

- Reposição de líquidos e eletrólitos perdidos.

- Tratamento das complicações.

Assistência de Enfermagem ao Paciente com
Náuseas e Vômitos

- Manter ambiente limpo e arejado, se a causa de náuseas e vômitos for provocada por odores ou cenas desagradáveis, remover a causa.

1. Avaliação das condições gerais do pacientes.

- Sinais de desidratação, de acidose ou alcalose, de desnutrição, de insuficiência respiratória.

2. Assistência ao paciente no momento do vômito (decúbito lateral e dorsal, uso de cuba rim, troca roupa pessoal ou de cama, uso de material de higiene oral) visando prevenção de aspiração do material eliminado e conforto físico do paciente.

3. Observação das características do material vomitado.

a) material coagulado, de cor ácida indica que o alimento permaneceu no estômago.

b) Presença de alimentos inalterados significa que não atingiram o estômago ou que nele permanecerem durante muito pouco tempo.

c) Presença de bile (material de cor esverdeada) indica que pelo menos em parte se origina de algum ponto digestivo - abaixo da ampola de Water.

d) Presença de sangue (ingestão de sangue durante o parto; sangue em vômito do lactante alimentado ao seio materno pode ser proveniente de rajadas mamárias. Sangue vivo indica sangramento do esôfago ou sangramento intenso do estômago e do duodeno. Sangue semelhante a borra de café ocorre nos sangramentos lentos do esôfago, cárdia, estômago ou duodeno.

e) Aspecto e odor fecalóide - sugerem obstrução intestinal baixa (colon ou intestino delgado) ou peritonite.

4. Controle da frequência, intensidade e do volume do material vomitado.

5. Controle do período de manutenção do vômito. (Detectar se os episódios são causais ou se repetem).

6. Observação das relações entre vômito e refeição (quantidade e qualidade do alimento ingerido e vômito).

7. Observação de sintomas/sinais associados ao vômito: febre, dor abdominal, diarreia, convulsões, etc.

8. Controle de sinais vitais.

9. Registro das observações efetuadas, notificação quando necessário.

ANEXO VII

HEMORRAGIA

Um dos principais fatores responsáveis pela hemorragia é a ruptura de um ou mais vasos sanguíneos. Embora isto aconteça geralmente devido a lesões físicas, as condições da parede do vaso sanguíneo influem sobre sua capacidade de resistir ao trauma ou destruição química. Anomalias como aneurismas ou varicoses debilitam as paredes dos vasos. A deficiência de vitamina C também provoca uma fragilidade generalizada das paredes dos capilares.

O trato gastrointestinal superior é frequentemente sede de hemorragia, no caso de pacientes com queimaduras extensas ou que sofreram trauma cirúrgico mecânico ou cujo pós-operatório foi complicado por sepsia, choque ou outras causas de hipovolemia sistêmica. Como se acreditava que os sangramentos eram devido a uma resposta adrenocortical excessiva à tensão, recebeu o nome de "síndrome de úlcera de tensão". Um estudo realizado com 2.000 feridos do Vietnã verificaram que 3% não tiveram sangramento gastrointestinal, não houve aumento da excreção urinária de esteróides após o trauma, o que fala contra o papel das supra-renais na erosão de mucosas. Baseando-se na descoberta de múltiplas áreas de necrose focal no trato gastrointestinal, esses autores sugeriram o termo "síndrome de necrose focal gastrointestinal aguda".

Após lesão de um vaso sanguíneo, o organismo reage no sentido de proteger-se contra a perda excessiva de sangue. Entre essas reações estão os mecanismos de autovedação, a elavação do flúido intersticial criado pelo sangue que escapa e a imobilização da área lesada por espasmo muscular. No mecanismo de autovedação, o músculo na extremidade lesada do vaso sanguíneo se

contraí reduzindo o diâmetro do lúmen; esta contração ocorre qualquer que seja o tamanho do vaso e pode ser suficiente para controlar o sangramento mesmo de grandes artérias. A vedação do lúmen se completa por formação de um coágulo dentro da porção terminal da extremidade lesada do vaso sanguíneo. O coágulo também se contraí depois de um certo tempo, formando um tampão na extremidade do vaso. Em geral esse mecanismo é suficiente para limitar a perda sanguínea no caso de pequenos ferimentos e em áreas cujo tecido superficial foi removido, como em alorações ou queimaduras.

Quando uma grande área de tecido fica exposta ou, por algum motivo, o mecanismo de autovedação é ineficaz pode ser perdida uma quantidade de sangue suficiente para formar um coágulo mole sobre o local de sangramento, o qual ao invés de se contrair e vedar os vasos subjacentes; permanece mole, permitindo que os vasos continuem a sangrar. Antes de poder avaliar a perda de sangue, esse coágulo deve ser removido.

Por exemplo, depois da remoção cirúrgica das amígdalas, o cirurgião seca, com uma esponja, a área exposta. Esse processo continua até que as extremidades cortadas dos vasos sanguíneos se contraíam e o sangue coagule dentro deles. Se o sangramento recomeçar forma-se um coágulo nas extremidades externas dos vasos cortados e a hemorragia continua por baixo dele. Uma teoria sugerida para explicar o sangramento contínuo é que o coágulo provavelmente libera fibrolisina, que impede a coagulação nas extremidades dos vasos. O controle do sangramento geralmente exige que se remova o coágulo mole e que se repita a secagem da área. Geralmente, aplica-se uma pressão para controlar o sangramento até que o mecanismo de autovedação se torne eficiente. Após uma prostatectomia, geralmente ocorre sangramento do revestimento da bexiga, que, devido à sua anatomia, dificulta ou mesmo impede de se exercer uma pressão sobre o local de sangramento. Um sangramento contínuo, é em geral, consequência de adesão de um coágulo mole ao revestimento da bexiga, o que interfere com a formação de coágulos dentro dos vasos cortados. A hemorragia pode ser evitada ou detida com a remoção de sangue e coágulos da bexiga por irrigação.

Quando a irrigação da bexiga é prescrita, deve ser introduzido fluído suficiente para remover sangue e coágulos e o

procedimento deve ser repetido para evitar a formação de coágulos no lúmen da bexiga.

A diminuição do volume sanguíneo é contrabalanceado por:

1. Constrição dos vasos sanguíneos, o que reduz o tamanho do leito vascular.

2. Constrição das arteríolas, o que aumenta a resistência periférica.

3. Passagem de fluido do espaço intersticial e celular para o sangue. Todos esses mecanismos ajudam a manter a perfusão do coração e cérebro pela redução da discrepância entre o tamanho do leito vascular, e o volume sanguíneo.

Além de diminuir o volume de sangue circulante, a hemorragia provoca uma redução da capacidade do sangue de transportar oxigênio, devido à perda de eritrócitos e hemoglobina. Embora a perda de hemoglobina seja grave, não tem importância imediata numa hemorragia aguda, como mais tarde, numa perda de sangue crônica.

Quando há lesão de artérias, surge um terceiro problema, porque os tecidos supridos por elas ficam parcial ou totalmente privados de sangue. Por exemplo, num acidente, um indivíduo sofreu lesão na perna, que deixou apenas 25 por cento do tecido intacto. O pé só poderia ser salvo se houvesse um suprimento sanguíneo arterial suficiente e, ainda mais importante, se as veias estivessem intactas, pois a falta de uma drenagem venosa adequada pode provocar grave congestão e morte do órgão ou membro envolvido.

Sinais e Sintomas de Hemorragia

Em tecidos ou órgãos onde o sangue extravassado fica retido, como na cavidade craniana ou espinhal, os sinais e sintomas podem ser causados principalmente por aumento da pressão no cérebro ou medula, ou pela irritação do cérebro ou nervos pelo sangue. Embora seja perdida certa quantidade de sangue, esta não é suficiente para afetar o volume total.

Quando a hemorragia ocorre num órgão ou tecido do qual o sangue pode extravasar para a parede externa, as consequências de uma redução do volume sanguíneo, bem como o aspecto do sangue podem ser observados.

O sangue, ao sair de uma artéria é vermelho vivo e vem em jatos; o de uma veia geralmente é mais escuro e flui continuamente, e o sangramento capilar caracteriza-se por um vazamento.

Quando o extravasamento de sangue do compartimento intravascular tem velocidade e volume suficientes para produzir sinais de hipovolemia e hipoxia, a enfermeira pode perceber um pulso rápido e fraco; movimentos respiratórios rápidos, inicialmente profundos e depois cada vez mais superficiais, ligeiro aumento inicial da pressão sanguínea (principalmente da diastólica, devido a constrição arteriolar reflexa), acompanhado de uma diminuição gradual; pele úmida e fria. O paciente pode queixar-se de fraqueza ou tontura, ansiedade, sede, sensação de frio, e muitas vezes, de dor, quando o sangue extravasado se acumula provocando pressão e irritação de nervos.

Controle da Hemorragia

Uma das causas primárias do choque é a redução do volume sanguíneo circulante. Apenas algumas condições, tais como obstrução das vias aéreas ou uma ferida aspirante do torãx, tem procedência sobre o controle imediato da hemorragia. "Deter o sangramento" é fundamental para o cuidado e a sobrevivência do paciente em uma situação de emergência ou de desastre. Entretanto, sangramentos menores geralmente cederão espontaneamente, a menos que o paciente seja portador de um distúrbio de sangramento. A maior parte deste tipo de perda sanguínea será venosa. O objetivo do tratamento de emergência é manter um volume sanguíneo circulante.

Princípios do controle da Hemorragia

1. Corte a roupa do paciente o mais rápido possível e execute um rápido exame físico.

2. Aplique uma firme pressão sobre o ferimento ou a artéria comprometida; quase todo sangramento pode ser detido mediante pressão direta. Sangramento arterial não detectado produz a morte.

3. Aplique um curativo compressivo firme. Eleve a parte le

sada para deter o sangramento venoso e capilar.

4. Tratamento do choque hipovolêmico.

- a) coloque uma canula intravenosa para possibilitar a reposi
ção de sangue e de líquidos.
- b) retire amostras de sangue para análise, tipagem e prova
cruzada.
- c) administre líquidos para reposição (lactato de Ringer, solu
ção eletrolítica isotônica).
- d) suspeite de sangramento interno em pacientes com choque hi
povolêmico sem sinais externos de sangramento.
- e) ministre sangue total ou expansores plasmáticos, caso o pa
ciente esteja sangrando internamente; a velocidade da infu
são depende da gravidade da perda sanguínea e da evidência
clínica de hipovolemia.
- f) alerte a cirurgia e prepare o paciente para intervenção ci
rúrgica, caso haja hemorragia interna.

5. Imobilize uma extremidade lesada para controlar a per
da sanguínea; eleve a parte afetada.

6. Só aplique um torniquete como último recurso, quando a
hemorragia não puder ser controlada por qualquer outro método.

- a) aplique torniquete em posição bem proximal ao ferimento ;
aperte-o o suficiente para controlar o fluxo sanguíneo arte
rial.
- b) marque o paciente com um lápis dermatográfico ou uma fi
ta adesiva em sua testa com um "T", indicando a localização do
torniquete e o tempo de aplicação.
- c) afrouxar o torniquete a cada 20 minutos, durante 1 a 2 minu
tos, para evitar lesão vascular e neurológica irreparável..
Se não houver qualquer sangramento arterial, remova o torni
quete e tente novamente curativos compressivos.
- d) no caso de uma amputação traumática, deixe o torniquete apli
cado até que o paciente esteja na sala de cirurgia.

7. Cuidado com a parada cardíaca; pacientes que sangram são
candidatos à parada cardíaca causada pela anorexia.